

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

PUBLIȚIE OFICIALĂ
A ASOCIAȚIEI STOMATOLOGILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA
ȘI A UNIVERSITĂȚII DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU“

NR. 1 (34) / 2015

CHIȘINĂU — 2015

POLIDANUS S.R.L.
str. Mircea cel Bătrîn, 22/1, ap. 53,
mun. Chişinău, Republica Moldova.
Tel.: 48-90-31, 069236830
polidanus@mail.md

Adresa redacţiei:

bd. Ştefan cel Mare, 194B (blocul 4, et. 1)
MD-2004, Chişinău, Republica Moldova.
Tel.: (+373 22) 243-549
Fax: (+373 22) 243-549

- © Text: ASRM, 2015, pentru prezenta ediţie.
- © Prezentare grafică: POLIDANUS, pentru prezenta ediţie.
Toate drepturile rezervate.

Articolele publicate sunt recenzate de către specialiști în domeniul respectiv.
Autorii sunt responsabili de conținutul și redacția articolelor publicate.

MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Publicația Periodică Revista „Medicina Stomatologică”

a fost înregistrată la Ministerul de Justiție
al Republicii Moldova la 13.12.2005,
Certificat de înregistrare nr. 199

FONDATOR

Asociația Stomatologilor din Republica Moldova

COFONDATOR

Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „N. Testemițanu”

REVISTA MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste.

ИЗДАНИЕ MEDICINA STOMATOLOGICĂ

«MEDICINA STOMATOLOGICĂ» — это периодическое издание с научно-дидактическим профилем, в котором могут быть опубликованы научные статьи с фундаментальным и практическим значением в сфере стоматологии от отечественных и иностранных авторов, информация о самых свежих новинках в научной и практической стоматологии, изобретение и патенты, защиты диссертации, исследование клинических случаев, объявление и рецензий к книгам и журналам.

JOURNAL MEDICINA STOMATOLOGICĂ

MEDICINA STOMATOLOGICĂ — is a periodical edition with scientific-didactical profile, in which can be published scientific articles with a fundamental and applicative value in dentistry, of local and abroad authors, scientific and practical dentistry newsletter, obtained inventions and patents, upheld thesis, clinical cases, summaries and reviews to books and journals.

Revista MEDICINA STOMATOLOGICĂ

Certificat de înregistrare nr. 61 din 30.04.2009
Accreditată de Consiliul Național de Accreditare
și Atestare al AȘRM ca publicație științifică
de categoria „B”.

Ion LUPAN

Redactor-șef,
Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

COLEGIUL DE REDACȚIE:

Ion ABABII

Academician, profesor universitar

Corneliu AMARIEI (Constanța, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Alexandra BARANIUC

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Valeriu BURLACU

Doctor în medicină, profesor universitar

Valentina DOROBĂȚ (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Norina FORNA (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Maxim ADAM (Iași, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Irina ZETU (Iași, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Rodica LUCA (București, România)

Doctor în medicină, profesor universitar

Vasile NICOLAE (Sibiu, România)

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Ion MUNTEANU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe NICOLAU

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Boris TOPOR

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Glenn James RESIDE (Carolina de Nord, SUA)

Doctor în medicină

Sofia SÎRBU

Doctor în medicină, profesor universitar

Dumitru ȘCERBĂȚIUC

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Valentin TOPALO

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Gheorghe ȚĂBÎRNĂ

Academician A.Ș.M.

Alexandru BUCUR (București, România)

profesor universitar

Galina PANCU

doctor în medicină, asistent universitar

Vladimir SADOVSCHI (Moscova, Rusia)

Doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Shlomo CALDERON (Tel Aviv, Israel)

Doctor în medicină

Wanda M. GNOISKI (Zurich, Elveția)

Doctor în medicină

Nicolae CHELE

Doctor în medicină, conferențiar universitar

Tatiana CIOCOI

Doctor habilitat în filologie, conferențiar universitar
Redactor literar

GRUPUL REDACȚIONAL EXECUTIV:

Oleg SOLOMON

Coordonator ASRM, doctor în medicină, conferențiar
universitar

Elena BISTRIȚCHI

Secretar Referent ASRM

SUMAR

CONTENTS

Teorie și experiment

Theory and experiment

Alexandru Danici

STUDIUL CLINIC ASUPRA PROBLEMEI REPERĂRII ȘI PREPARĂRII MECANICE CANALULUI MB2 ÎN MOLARUL UNU SUPERIOR 7

Alexandru Danici

CLINICAL STUDIES ABOUT PROBLEMS OF MARKING AND MECHANICAL PREPARATION OF MB2 CANAL OF FIRST UPPER MOLAR 7

Ion Roman

UTILIZAREA MINERALULUI AGREGAT TRIOXID, OPȚIUNE REVOLUȚIONALĂ ÎN TRATAMENTUL CARIEI PROFUNDE 11

Ion Roman

USE OF AGGREGATE MINERAL TRIOXIDE, REVOLUTIONARY TREATMENT OPTION FOR DEEP DENTAL CARIES 11

Dumitru Șcerbatiuc, Grigore Iovu

UTILIZAREA CAPELOR OCLUZALE ÎN TRATAMENTUL DISFUNȚIILOR ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE 13

Dumitru Șcerbatiuc, Grigore Iovu

OCCUSAL APPLIANCE TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTIONS 13

Ion Roman

UTILIZAREA MINERALULUI AGREGAT TRIOXID ÎN TRATAMENTUL PULPITEI ACUTE DE FOCAR 23

Ion Roman

USE OF AGGREGATE MINERAL TRIOXID IN TREATMENT OF ACUTE FOCAL PULPITIS 23

Odontologie—parodontologie

Odontology—parodontology

Ana Eni, Tamara Timošenco,

Olesea Zagorean, Irina Timošenco
XEROSTOMIA — „GURA USCATĂ” PARTICULARITĂȚI CAUZALE, CLINICE ȘI TRATAMENT 27

Ana Eni, Tamara Timošenco,

Olesea Zagorean, Irina Timošenco
XEROSTOMIA — „DRY MOUTH” FEATURES CAUSAL CLINICAL AND TREATMENT 27

Chirurgie OMF

OMF Surgery

Oleg Zănoagă, Simion Climenco

PERICORONARITELE ACUTE. ASPECTE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ȘI DE TRATAMENT 33

Oleg Zănoagă, Simion Climenco

ACUTE PERICORONITIS. CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL AND THERAPEUTICAL ASPECTS 33

Oleg Zănoagă

OPTIMIZAREA METODELOR DE TRATAMENT AL ALVEOLITELOR POSTEXTRACȚIONALE DENTARE 36

Oleg Zănoagă

OPTIMIZATION OF THE METHODS OF TREATMENT OF DENTAL POSTEXTRACTIONAL ALVEOLITIS 36

Stomatologie pediatrică

Elena Stepco, Victoria Vudu
**CONDUITA STOMATOLOGICĂ-
TERAPEUTICĂ LA COPII CU PATOLOGII
ENDOCRINE..... 40**

Pediatric Dentistry

Elena Stepco, Victoria Vudu
**DENTAL-THERAPEUTIC ATTITUDE
IN CHILDREN WITH ENDOCRINE
PATHOLOGIES 40**

Implantologie

Valentin Topalo, Andrei Mostovei,
Nicolae Chele, Dumitru Sîrbu, Ilie Suharschi,
Fahim Atamni, Mihail Mostovei
**METODĂ DE EVALUARE A REMANIERILOR
OSOASE PERIIMPLANTARE 43**

Implantology

Valentin Topalo, Andrei Mostovei,
Nicolae Chele, Dumitru Sîrbu, Ilie Suharschi,
Fahim Atamni, Mihail Mostovei
**AN EVALUATION METHOD OF BONE
MODELING AROUND IMPLANTS 43**

Ortodonție

Valentina Trifan, Ion Lupan, Daniela Trifan,
Sabina Calfa
**MORBIDITATEA PRIN ANOMALIILE DENTO-
MAXILARE ÎN REPUBLICA MOLDOVA... 47**

Orthodontics

Valentina Trifan, Ion Lupan, Daniela Trifan,
Sabina Calfa
**MORBIDITY BY DENTAL-MAXILLARY ANO-
MALIES THE REPUBLIC OF MOLDOVA .. 47**

Gheorghe Mihailovici, Igor Ciumeico,
Pavel Mihailovici, Corina Mihailovici,
Valentin Buzatu, Constantin Bicer
**ASPECTE INTERDISCIPLINARE ÎN
DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL
HIPODONȚIILOR 52**

Gheorghe Mihailovici, Igor Ciumeico,
Pavel Mihailovici, Corina Mihailovici,
Valentin Buzatu, Constantin Bicer
**INTERDISCIPLINARY ISSUES USED
IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF HYPODONTIA..... 52**

Chirurgie dento-alveolară

Iurie Melnic, Svetlana Melnic, Natalia Dacin,
Olga Cheptanaru, Gabriela Cocieru
**TACTICA MEDICULUI STOMATOLOG,
MĂSURI DE PROFILAXIE LA PACIENȚII CU
MALADII ALE SISTEMULUI CARDIO-VAS-
CULAR ÎN CONDIȚII DE AMBULATOR ... 57**

Dentoalveolar surgery

Iurie Melnic, Svetlana Melnic, Natalia Dacin,
Olga Cheptanaru, Gabriela Cocieru
**POLICY OF DENTIST, PREVENTION
MEASURES IN OUTPATIENTS WITH
DISEASES OF CARDIOVASCULAR
SYSTEM..... 57**

Evenimente

ZIUA MONDIALĂ A SĂNĂȚII ORALE .. 62

Events

WORLD ORAL HEALTH DAY 62

STUDIUL CLINIC ASUPRA PROBLEMEI REPERĂRII ȘI PREPARĂRII MECANICE CANALULUI MB2 ÎN MOLARUL UNU SUPERIOR

Rezumat

Studiul clinic s-a efectuat pe un lot de 15 pacienți dintre care 8 de sex masculin și 7 de sex feminin, cu vârste cuprinse între 18-34 ani. Din totalul celor 15 cazuri, 10 sau adresat cu diagnosticul de pulpită acută difuză, 3 periodontită cronică granulomatoasă, 2 pacienți tratament endodontic în scop protetic. La 11 pacienți s-a efectuat tratamentul endodontic primar, în 4 cazuri s-a recurs la tratament endodontic repetat (retratament endodontic). Canalul meziobucal doi a fost găsit, permiabilizat și obturat la toți cei 15 pacienți.

Cuvinte cheie: *Morfologie, canale radiculare, endodonție.*

Alexandru Danici,
asistent universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Summary

CLINICAL STUDIES ABOUT PROBLEMS OF MARKING AND MECHANICAL PREPARATION OF MB2 CANAL OF FIRST UPPER MOLAR

The clinical study was performed on a group of 15 patients, 8 of them male and 7 female, aged 18-34 years. From the total of 15 cases, 10 patients addressed with a diagnosis of acute diffuse pulpitis, 3 with chronic granulomatous periodontitis, for two patients we performed endodontic treatment by prosthetic purposes. For 11 patients was performed primary endodontic treatment in 4 cases was performed endodontic retreatment of the root canals. MB2 canal was found, instrumented and filled in all 15 cases.

Key words: *Morphology, root canal, endodontics.*

Introducere

Morfologia radiculară dar mai ales configurația endodontică a structurilor radiculare poate fi hotărâtoare în menținerea pe arcadă a unui dinte, dar mai ales la folosirea lui ca suport al unei lucrări protetice.

De-a lungul anilor molarul 1 superior a fascinat atenția medicilor practicieni din mai multe motive:

1. Este cel mai voluminos dinte și a generat mai mult decât orice alt dinte cercetări asupra sa. Molarul unu superior anatomic prezintă trei rădăcini, două vestibulare (meziobucală și distobucală) și una palatinală, care este mai lungă ca cele bucale.
2. Rădăcina mezială a molarului 1 superior conține două canale radiculare, canalul meziobucal 2 poate fi identificat și tratat în 75 % din cazuri, utilizarea microscopului a ridicat cifra până la 90% (John Stropko). Studiile histologice însă arată prezența acestui canal în 100 % din cazuri.[4]
3. Aceste sisteme de canale MB1 și MB2 pot frecvent să comunice între ele pe parcursul lungimii sale, spre apexul rădăcinii fiind cu 2 sau mai multe orificii apicale 58 % (Clifford J. Ruddle, D.D.S.).

Molarul unu superior își face erupția la vârsta de aproximativ 6-7 ani, iar formarea completă a apexului se realizează la 9-10 ani.

După Weine lungimea totală medie a molarului unu superior este de 20,5 mm, prezentând variații între 17 mm — 24,5 mm, lungimea medie a rădăcinii fiind de 13mm, variind între 10 mm-16 mm, coroana dintelui prezintă o lungime medie de 7,5 mm, variind între 7 mm-9 mm.

Rădăcina MB este aplatizată meziodistal cu două șanțuri longitudinale proximale, rădăcina distobucală este considerată de mai mulți autori drept „conică, dreaptă și rotundă“, iar rădăcina palatinală aplatizată vestibulo-oral sau circulară, curbată vestibular.

Mult timp a fost considerat că molarul unu superior are trei canale, câte unul pentru fiecare rădăcină MB, DB, P și mai rar patru canale, rădăcina MB prezentând un al doilea canal. Progresul tehnic ce a urmat endodonția în ultimii ani până în prezent a contribuit la majorarea procentului depistării în rădăcina meziobucală două canale radiculare. După majoritatea autorilor, în cele mai multe cazuri, cele două canale meziobucale au tendința de confluență înainte de apex și se deschid într-un singur foramen apical.

Gilles J. and Reader A. în anul 1990 au examinat 21 de molari unu maxilari și a 37 de molari doi. Rezultatele au demonstrat ca 90% din molarii unu și 70% din molarii doi aveau două canale pe rădăcină M-V. 81% din molarii unu și 59% din molarii doi aveau orificii M-P separate.

Buhrley LJ, Barrows MJ, BeGole EA, Wenckus CS. 2002 au documentat 312 de cazuri. Ei au localizat un al doilea canal M-V cu o frecvență de 57.4% la primul molar maxilar și de 55.3% la al doilea molar maxilar.

Sempira HN and Hartwell GR. 2007 într-un studiu clinic pe 200 de molari unu și doi, au înregistrat numărul de canale M-V2 permeabile și obturabile pînă la 4mm de apex. 30% din toți molarii maxilarii aveau un la doilea canal M-V permeabil.

Localizarea canalului MB2.

Datele clinice și histologice ne arată că canalul MB2 cel mai des se află pe linia imaginară trasată de la orificiul de intrare a canalului MB1 către cel P.

Pentru a expune canalul MB2 este nevoie de înlăturat plafonul cavității pulpare în totalitate și dentina secundară care frecvent acoperă intrarea în canalul MB2.

Foarte important de cunoscut că toate orificiile de intrare a canalelor radiculare se află pe podeaua camerei pulpare, este necesar de extins puțin mai mezial peretele mezial al camerei pulpare, pentru a expune canalul MB2 nu este nevoie de preparat planșeul acesteia [6].

Regula de aur în endodonție spune camera pulpară nu se adâncește și nu se lărgeste.

Identificarea canalului MB2

1. Accesul complet la orificiile canalelor radiculare este absolut necesar în identificarea canalului MB2. Criteriile de expunere sunt înlăturarea în totalitate a plafonului camerei pulpare, extinderea peretelui mezial și înlăturarea dentinei secundare ce acoperă orificiul canalului MB2.
2. Cu o sondă subțire sau instrumentul microopener (Dentsply), găsim orificiul de deschidere a canalului MB2.
3. Magnificarea câmpului operator e un lucru absolut necesar. Folosirea binocularelor sau, ideal folosirea microscopului.
4. Iluminarea adecvată a câmpului operator.
5. Folosirea tipsurilor ultrasonice speciale pentru crearea accesului endodontic sistemele Satele P5, ProUltra Endo tips, X-Start (Dentsply Maillefer).

6. După ce s-a efectuat accesul la orificiile canalelor radiculare se poate introduce soluție apoasă de Metilen albastru 2% în cavitatea dintelui, după bine spălat, aceasta ne dă posibilitate de evidențiere a canalelor, fracturilor la nivelul planșeului camerei pulpare.
7. Așa numitul testul șampaniei, se efectuează prin introducerea în cavitatea dintelui a sol. de NaOCl de 5.25%. Se formează bule în urma contactului soluției cu țesuturile organice[5].
8. Imagistică de înaltă performanță pentru studiul aprofundat în depistarea canalului MB2 CT.

Legile de reperare a orificiilor canalelor radiculare (Krasner și Rankow) [2]:

1. Legea simetriei — Orificiile canalelor radiculare sunt situate echidistant față de o linie imaginară trasată în direcție mezo-distală prin centru podelei camerei pulpare.
2. Legea diferenței de culoare — Culoarea podelei camerei pulpare este permanent mai închisă decât a pereților.
3. Legea localizării — Orificiile canalelor radiculare permanent se află la joncțiunea între podea și pereții camerei pulpare.

Regula a 3A:

1. Acces la camera pulpară;
2. Acces la orificiile radiculare;
3. Acces la apexul fiziologic.

Scopul lucrării

1. Studiarea regulilor și metodelor de creare a accesului endodontic corect în scopul găsirii canalului MB2.
2. Studiarea instrumentariului necesar la etapa de creare al accesului spre orificiile canalelor radiculare.

Materiale și metode

Studiul clinic s-a efectuat pe un lot de 15 pacienți dintre care 8 de sex masculin și 7 de sex feminin, cu vârste cuprinse între 18-34 ani. Din totalul celor 15 cazuri, 10 s-au adresat cu diagnosticul de pulpită acută difuză, 3 periodontită cronică granulomatoasă, 2 pacienți tratament endodontic în scop protetic. La 11 pacienți s-a efectuat tratamentul endodontic primar, în 4 cazuri s-a recurs la tratament endodontic repetat (retratament endodontic).

Tratamentul endodontic s-a efectuat cu ajutorul endomotorului X-Smart(Dentsply), utilizând sistemul Protaper mecanic.

Retratamentul endodontic la fel cu ajutorul endomotorului X-Smart(Dentsply), utilizând sistemul de ace endodontice pentru dezobturarea canalelor radiculare D1,D2,D3.

Prelucrarea medicamentoasă s-a efectuat cu NaOCL 4%, EDTA, apă distilată, sol. clorhexidină biglucolat 0,05%. Activarea irigantului în canal s-a efectuat cu aparatul sonic Endoactivator (Dentsply) chât și prin folosirea ultrasunetului.

Rezultate obținute

Cazul clinic Nr.1:

Pacientul A de 34 ani s-a adresat la IMSP Clinica Stomatologică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu“, cu senzații neplăcute, jenă, discomfort în regiunea rădăcinii dintelui 16, mucoasa în dreptul apexului dintelui, la palpare o ușoară sensibilitate doloasă. Tratatamentul endodontic anterior a fost realizat în urmă cu 7 luni.

Erau prezente semnele radiologice ale patologiei periapicale, în canalele MB1, P radiculare prezent material radioopac vizibil parțial, prezentă o obturație de canal incompletă, 2 din 4 canale radiculare nu au fost supuse tratamentului endodontic. În urma examenului clinic și radiologic s-a pus diagnosticul de periodontită apicală cronică granulomatoasă dintelui 16. S-a planificat retratatamentul endodontic al dintelui 16.

În timpul preparării accesului, s-a constatat că spațiul camerei pulpare coronare conținea material compozit fotopolimerizabil.

În urma înlăturării complete a plafonului camerei pulpare cu instrumentul microopener s-au identificat patru canale independente, fiecare conducând la orificiul apical propriu, canalele MB1, MB2, DB și P. Gutaperca s-a îndepărtat cu ajutorul sistemului ProTaper mecanic failurile D1, D2, D3, de pe toată lungimea canalului radicular.



Fig.1 Cavitatea pulpară d.16

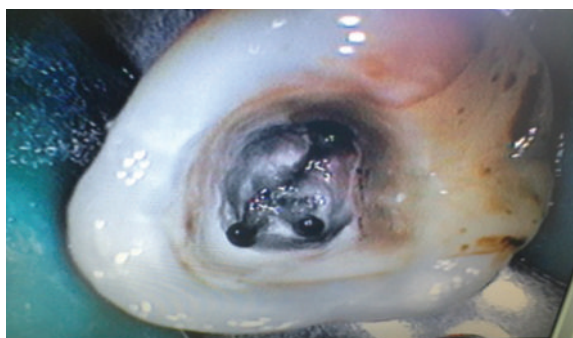


Fig. 2 Orificiile de intrare în canalele MB1, DB, P

Fundul cavității pulpare era acoperit de dentină rămolită, care a fost înlăturată cu o freză sferică cu gîtul lung. Lungimea de lucru s-a determinat radiologic și s-a colaborat cu un apex locator. Canalele s-au preparat mecanic prin tehnica Crown-Down cu ajutorul sistemului Protaper mecanic până ce apical s-a atins dimensiunea de F2 diametrul 0.25mm (finishing file F2).



Fig.3 Vizualizarea canalului MB2



Fig. 4 Canalele radiculare obturate

Ca irigant s-a folosit o cantitate abundentă de Clorhexidină bigluconat 0.05%. Tratatamentul s-a planificat să fie realizat în două ședințe. Canalele au fost uscate cu conuri de hârtie și obturate temporar cu pastă pe bază de Hidroxid de Ca „Ultracal XS“, Ultradent, care are proprietăți antibacteriale datorită pH înalt de 12,5, posedă radioopacitate. Dintele a fost închis cu o obturație temporară cu materialul Fuji IX GC.



Fig. 5 Radiografia dento-alveolară d.16 după obturarea canalelor radiculare

Peste o săptămână și jumătate pacientul a revenit pentru a continua tratamentul. Dintele era asimptomatic și în urma irigării finale cu hipoclorid de Na 4%, canalele au fost uscate cu conuri de hârtie și s-au considerat a fi pregătite pentru obturație. Dintele a fost apoi obturat cu ajutorul aparatului Calamus gu-

tapercă injectabilă și sealer pe bază de rășini epoxide (AH-Plus, Dentsply). S-a aplicat o închidere coronară cu compozit fotopolimerizabil Gradia GC.

Cazul clinic nr. 2

Pacientul B de 18 ani s-a adresat la IMSP Clinica Stomatologică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” cu durere pronunțată la nivelul dintelui 26, cu iradiere în zona temporară. Examenul clinic și radiologic a relevat o cavitate carioasă profundă clasa II Black mesial. În urma examenului clinic și radiologic s-a pus diagnosticul de pulpită acută dufuză dinte 26. S-a planificat tratamentul endodontic al dintelui 26.

După anestezia chîmpului operator și izolarea cu rubberdam, s-a început crearea accesului la camera pulpară.



Fig. 6. Reperarea orificiului de intrare a canalului MB2

După înlăturarea plafonului camerei pulpare și irigare cu sol. NaOCl 4% s-au identificat 4 canale independente, fiecare conducînd la orificiul apical propriu, canalele MB1, MB2, DV și P.

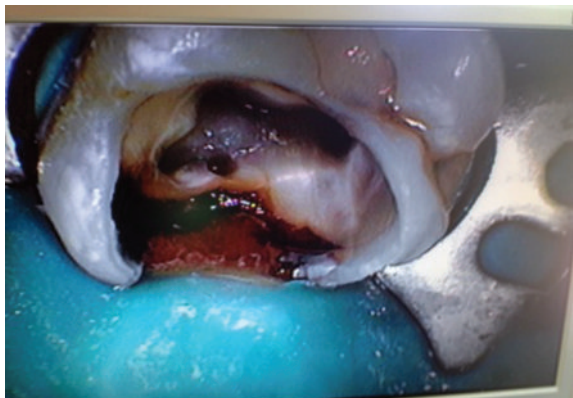


Fig. 7. Depistarea canalului MB2

Lungimea de lucru s-a determinat radiologic și s-a colaborat cu un apex locator. Canalele s-au preparat mecanic prin tehnica Crown-Down cu ajutorul sistemului Protaper mecanic până ce apical s-a atins dimensiunea de F2 diametrul 0,25mm (finishing file F2 roșu).

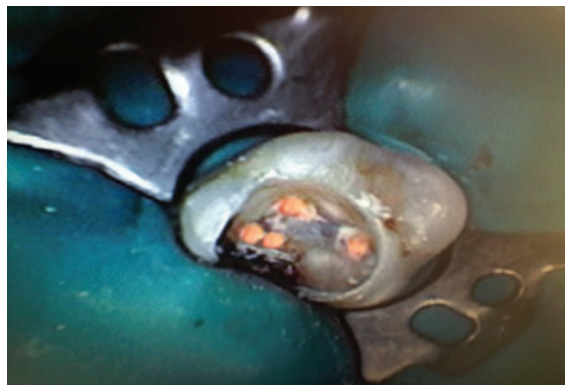


Fig. 8. Obturarea canalelor radiculare d.26

Ca irigant s-a folosit o cantitate abundentă de Hipoclorid de sodiu 4%. Tratamentul s-a planificat să fie realizat într-o ședință. Canalele au fost uscate cu conuri de hârtie și s-au considerat a fi pregătite pentru obturație. Dintele a fost apoi obturat cu ajutorul aparatului Calamus gutapercă injectabilă și sealer pe bază de rășini epoxide (AH-Plus, Dentsply).

Concluzie

1. Cunoașterea anatomiei spațiului endodontic și respectarea tuturor etapelor de creare a accesului la camera pulpară, oferă practicantului o rată de succes mai mare în tratamentul chât și retratamentul endodontic.
2. Folosirea tuturor mijloacelor necesare la etapa de creare al accesului la camera pulpară și orificiile radiculare ridică șansele practicantului de a depista canalul MB2.

Bibliografie

1. John I. Ingle, DDS, MSD, Leif K. Bakland, DDS. Endodontics, Fifth Edition. // BC Decker Inc., 2002, 748-762.
2. Hess W, Zürcher E: The anatomy of the root canals of the teeth of the permanent and deciduous dentitions, New York: William Wood & Co, 1925.
3. Burns RC, Buchanan LS: Ch. 7, Tooth Morphology and Access Openings. In Cohen S, Burns RC, editors: Pathways of the Pulp, 6th ed., Mosby Yearbook Co., 1994.
4. Ruddle CJ: The Mesial-Buccal Root of the Maxillary First Molar: Treatment Considerations, The Endodontic Report, Fall/Winter, 1986.
5. Stropko JJ: Dental Canal Systems: An Exhaustive Clinical Canal Morphological Study, Personal Communication and to be published.
6. Kulid JC, Peters DD: Incidence and configuration of canal systems in the mesiobuccal root of maxillary first and second molars, J Endod 16:311, 1990.
7. Clifford J. Ruddle, D.D.S MB2 ROOT CANAL SYSTEMS IN-MAXILLARY FIRST MOLARS.
8. V. Fală, V. Burlacu: Metodologia Endodontologiei clinice, Ghid practic.
9. Andrei Iliescu. Tratat de endodonție volumul 1 și 2. Editura București 2014.

Data prezentării: 09.03.2015
Recenzent: Nicolau Gheorghie

UTILIZAREA MINERALULUI AGREGAT TRIOXID, OPȚIUNE REVOLUȚIONALĂ ÎN TRATAMENTUL CARIEI PROFUNDE

Rezumat

Procesul carios profund este prezentat adesea ca un punct fără de întoarcere pentru lezarea pulpei dentare. Pe parcursul anilor s-a căutat materialul perfect pentru izolarea dentinei de materialul folosit pentru obturarea cavității carioase. În cele din urmă mineralul trioxid agregat s-a dovedit a fi unul revoluționar în tratamentul cavităților carioase profunde, prevenind astfel inflamația pulpei dentare. Cercetarea s-a efectuată pe un lot de 40 de pacienți care s-au adresat pentru îngrijiri medicale la Catedra Stomatologie Terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”

Cuvinte cheie: carie, mineral trioxid agregat, cuafaj.

Summary

USE OF AGGREGATE MINERAL TRIOXIDE, REVOLUTIONARY TREATMENT OPTION FOR DEEP DENTAL CARIES

The deep cavity is often presented as a point of no return for proper dental pulp damage. During years it has been searched for the perfect material for dentin insulation between filling material used for filling carious cavity and dentin. Finally mineral trioxide aggregate proved to be a revolutionary in the treatment of deep carious cavities, thus preventing inflammation of the dental pulp. The study was performed on a group of 40 patients who have addressed for treatment at the Therapeutic dentistry Department USMF „Nicolae Testemițanu”

Key words: caries, aggregate mineral trioxide, capping.

Actualitatea temei

Cariile dentare sunt una dintre cele mai răspândite maladii care afectează țesuturile calcificate ale dinților. Deși mulți microbi care produc acizi au fost izolați din flora orală, streptococi și lactobacili au fost considerate cele agresive microorganisme care contribuie la inițierea și progresia cariilor dentare. Infiltrarea microorganismelor în dentină a fost studiată de mulți autori care au susținut că ultimele urme de dentină moale sunt sterile, în timp ce alții au fost de părerea că dentina demineralizată în cavitățile profunde nu pot duce la prelungirea degradării, dar menține aciditatea și pune în pericol, astfel, vitalitatea pulpară. Mai mult decât atât, neîndepărtarea dentinei demineralizate poate duce la o fundație instabilă pentru restaurările dentare.

Încă din anii 1908, concepțiile clasice, **G.V. Black** care zicea: „Este mai bine venit expunerea pulpară decât menținerea stratului dentinei ce acoperă pulpa dentară”, și tot **G.V. Black** era de părerea imperativului dentistului care înțelege patologia cariei dentare, procesele cariologice, în caz contrar ele fiind considerate doar mecanisme [1, 2].

Evident domeniul stomatologiei a avansat în direcțiile înțelegerii și cunoașterii etiologiei, patologiei, evoluției procesului carios, abilitățile creării unei restaurări bine sigilate marginal, asociate morfologiei dentare. Astfel spus **G.V. Black** ar putea fi modificat afirmațiile de acum 100 de ani.

Concepțiile tradiționale în ceea ce privește îndepărtarea completă a dentinei cu denudarea pulpară a fost contestată. Îndepărtarea completă a dentinei carioase nu poate fi o condiție prealabilă pentru a preveni progresia cariilor dentare. Este bine cunoscut faptul că microflora dentinară este cauza primordială în apariția inflamației pulpare[2]. Acest proces inflamator poate fi un beneficiu pentru funcțiile regenerative ale pulpei dentare. Lăsând unele țesuturi cariate sub o restaurare, nu interferează în mod necesar cu succesul tratamentului. Studiile pe termen scurt ca 36-45 de luni în care dentina cariată a fost sigilată, a arătat lipsa unei progresii a leziunii și

Ion Roman,
asistent universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„Nicolae Testemițanu”

o scădere a numărului de microorganisme[4]. Remineralizarea dentinei cariioase restante a fost detectată atât biochimic cât și radiologic. Cariile care au fost sub o restaurare au fost o problemă foarte controversată.

Concepturile tradiționale ale cuafajului indirect de obicei necesită din partea medicului stomatolog utilizarea unei obturații intermediare. După o perioadă de câteva săptămâni ori luni, având loc restaurarea definitivă. Frecvent hidroxidul de calciu este folosit ca obturație intermediară în restaurările provizorii și definitive [5,8].

În realizarea cuafajului indirect, țesutul demineralizat cariat este lăsat la cel mai mic nivel față de camera pulpară, pentru a nu o denuda. Realizarea cuafajului indirect este limitat însă doar pentru dinții ce nu reprezintă semne ori simptome ale unei patologii pulpare cu caracter ireversibil. Îndepărtarea completă a tuturor țesuturilor cariate de pe pereții cavității cariioase este esențial pentru controlul microscurgerilor și pentru prevenirea leziunilor care pot fi lent ori rapid progresatoare. Studiile clinice, radiologice, bacteriologice, au arătat că cariile tratate printr-o sigilare etanșă, fără defecte marginale, au rezultate favorabile [6, 8, 9].

Până în prezent în calitate de material curativ în tratamentul cariei profunde era folosit hidroxidul de calciu, acesta din urmă dovedind o activitate antimicrobiană eficientă și care inducea de asemenea formare de dentină reparatorie. Hidroxidul de calciu însă nu oferă o adaptare etanșă către dentină, nu promovează consecvent diferențierea odontoblastică și a fost dovedit a fi citotoxic în culturile celulare, formarea dentinei reparatorie fiind caracterizată prin „defectul de tunel”. Acest defect de tunel în cadrul formării podului de dentină poate fi calea de penetrare a microorganismelor și activarea a celulelor imunitare ceea ce duce la o iritare pulpară și producerea calcifierilor distrofice [10, 12, 15, 16, 19].

În prezent pe piața stomatologică a apărut mineralul trioxid agregat MTA, care este un ciment silicat bioactiv fiind dovedită eficacitatea lui în realizarea tratamentului cariei profunde. Materialul are proprietăți deosebite din cauza dimensiunea particulelor mici, capacitatea de etanșare, pH-ul său alcalin care este stabil și eliberează lent de ioni de calciu. Mineralul trioxide agregat induce proliferarea celulelor pulpare, eliberare de citokine, formarea de țesut cu duritate foarte înaltă și sinteza unei interfețe cu dentina care seamănă cu hidroxiapatită în compoziție [6,18].

Scopul lucrării

Evaluarea eficacității utilizării agregatului mineral trioxid pentru a elabora un algoritm optim în tratamentul cavităților cariioase cronice profunde.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat pe un lot de 40 de pacienți diagnosticați cu carii cronice profunde, selectați în funcție de modul în care aceștia s-au adresat pentru îngrijiri medicale la Catedra Stomatologie Terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu”, dintre care 25 (62,5%) au fost de

sex feminin, 15 (37,5%) de sex masculin, 16 fumători (40,0%) și 24 nefumători (60,0%), 1 pacienți (2,5%) în timpul tratamentului ortodontic, cu vârste cuprinse între 18 — 50 de ani. Pentru igienizare, îndepărtarea depunerilor moi și dure sub gingivale și supra gingivale a fost folosit detartrajul cu ultrasunet. Pentru îndepărtarea plăcii s-au folosit AIR FLOW cu praf de bicarbonat de sodiu în 40 (100.0%) cazuri. Pentru aprecierea vitalității pulpei dentare s-a folosit testele la „cald” și la „rece” la 30 pacienți (75,0%) și ca examen paraclinic electroodontometria (EOD) 40 pacienți (100%) și radiografia la toții pacienții (100%), pentru confirmarea diagnozei. Pentru aceștia s-a obținut înaintea tratamentului acordul scris. Dinter dinții aleși în studiu au fost: 30 de molari, 6 premolari, 1 canin (Fig. 1).

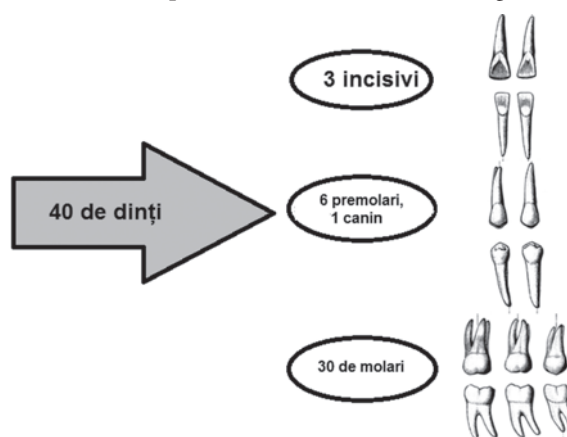


Fig. 1 Repartizarea cazurilor în dependență de dinții luați în studiu

Ulterior dinții au fost repartizați aleator în două grupuri, grupul I — de control alcătuit din 18 dinți la care s-a aplicat un material pe bază de hidroxid de calciu (Calcimol LC Voco). Grupul II — la care s-a aplicat mineralul trioxid agregat (Pro Root MTA dentsply) alcătuit din 22 dinți.

După ce s-a efectuat anestezia loco-regională și s-a aplicat diga, s-a înlăturat smalțul afectat cu o freză diamantată de mare viteză, sub irigare abundentă. Pentru înlăturarea dentinei alterate restante am folosit excavatoare active, de dimensiuni corespunzătoare cavității, sau freze sferice mari, la piesa contraunghi, cu viteză redusă. După antisepțizare cu o buletă sterilă îmbibată în hipoclorit de sodiu 5%, s-a plasat un strat din fiecare material de aproximativ 2 mm (pregătit conform recomandărilor producătorului) deasupra țesutului dentinar. În cazul mineralului trioxid agregat, s-a plasat o buletă umedă în cavitate, deasupra materialului, materialul fiind hidrofил și făcând priză — în aproximativ 4 ore de la aplicare — în meniu umed. Deasupra s-a aplicat un strat de ciment provizoriu (Fugi IX, GC). După 3-4 zile s-a verificat suprafața biomaterialului și s-a aplicat obturația definitivă, din material compozit Genial GC. Intervalele de monitorizare au fost la aproximativ 3, 6 și 12 luni, unde am urmărit toate cazurile pentru cât mai mult timp posibil. Programările în cadrul monitorizării au inclus: evaluarea subiectivă, testarea pulpară termică și electrică, analiza percuției în ax, evaluare radiografică.

S-a realizat în final analiza statistică pentru a evalua probabilitatea de vindecare a unui dinte după cuafajul indirect, precum și un studiu statistic privind capacitatea reparativă a biomaterialului MTA comparativ cu cea a hidroxidului de calciu.

Rezultate

Toate cazurile luate în studiu au fost evaluate la 3,6 și respectiv 12 luni. Din primul grup, dintre cei 18 dinți, 16 s-au vindecat complet, menținându-și vitalitatea, 2 au fost cu fenomene dureroase asociate cu complicații periapicale, ei fiind ulterior tratați endodontic.

Din grupul doi, dintre cei 22 de dinți, toți 22 s-au vindecat complet, menținându-și vitalitatea.

Concluzii

După o perioadă de monitorizare de 12 luni, mineral trioxidul agregat s-a dovedit foarte eficiente în tratamentul proceselor carioase cronice profunde a dinților permanenți tineri, fiind materialul capabil să înlocuiască cu succes clasicul hidroxid de calciu în această situație, rezultatele obținute fiind drept exemplu.

Bibliografie

1. Kidd EA. How 'clean' must a cavity be before restoration? *Caries Res.* 2004;38:305-313.
2. Thompson V, Craig RG, Curro FA, et al. Treatment of deep carious lesions by complete excavation or partial removal: a critical review. *J Am Dent Assoc.* 2008;139:705-712.
3. Gruythuysen RJ, van Strijp AJ, Wu MK. Long-term survival of indirect pulp treatment performed in primary and permanent teeth with clinically diagnosed deep carious lesions. *J Endod.* 2010;36:1490-1493.
4. Maltz M, Oliveira EF, Fontanella V, et al. Deep caries lesions after incomplete dentine caries removal: 40-month follow-up study. *Caries Res.* 2007;41:493-496.
5. Casagrande L, Falster CA, Di Hipolito V, et al. Effect of adhesive restorations over incomplete dentin caries removal: 5-year follow-up study in primary teeth. *J Dent Child (Chic).* 2009;76:117-122.

6. Peters MC. Strategies for noninvasive demineralized tissue repair. *Dent Clin North Am.* 2010;54:507-525.
7. Tellez M, Gray SL, Gray S, et al. Sealants and dental caries: dentists' perspectives on evidence-based recommendations. *J Am Dent Assoc.* 2011;142:1033-1040.
8. Bjørndal L, Reit C, Bruun G, et al. Treatment of deep caries lesions in adults: randomized clinical trials comparing stepwise vs. direct complete excavation, and direct pulp capping vs. partial pulpotomy. *Eur J Oral Sci.* 2010;118:290-297.
9. About I, Murray PE, Franquin JC, et al. The effect of cavity restoration variables on odontoblast cell numbers and dental repair. *J Dent.* 2001;29:109-117.
10. Estrela C, Holland R. Calcium hydroxide: study based on scientific evidences. *J Appl Oral Sci.* 2003;11:269-282.
11. Weiner R. Liners, bases, and cements: material selection and clinical applications. *Dent Today.* 2005;24:64, 66-72.
12. Modena KC, Casas-Apayco LC, Atta MT, et al. Cytotoxicity and biocompatibility of direct and indirect pulp capping materials. *J Appl Oral Sci.* 2009;17:544-554.
13. Hilton TJ. Keys to clinical success with pulp capping: a review of the literature. *Oper Dent.* 2009;34:615-625.
14. El-Araby A, Al-Jabab A. The effect of some dentin bonding agents on Dycal lining cement. *Saudi Dental Journal.* 2004;16:102-106.
15. Peters MC, McLean ME. Minimally invasive operative care. II. Contemporary techniques and materials: an overview. *J Adhes Dent.* 2001;3:17-31.
16. Murray PE, About I, Lumley PJ, et al. Cavity remaining dentin thickness and pulpal activity. *Am J Dent.* 2002;15:41-46.
17. Murray PE, About I, Franquin JC, et al. Restorative pulpal and repair responses. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:482-491.
18. Mente J, Geletneký B, Ohle M, et al. Mineral trioxide aggregate or calcium hydroxide direct pulp capping: an analysis of the clinical treatment outcome. *J Endod.* 2010;36:806-813.
19. Witherspoon DE. Vital pulp therapy with new materials: new directions and treatment perspectives—permanent teeth. *Pediatr Dent.* 2008;30:220-224.
20. Strassler HE, Levin R. Biodentine tricalcium-silicate cement. *Inside Dentistry.* 2011;7:98-100.
21. Raskin A, Eschrich G, About I, et al. Biodentine microleakage in class II open sandwich restorations. *J Dent Res.* 2010;89(special issue A). Abstract 630.
22. Valyi E, Plasse-Pradelle N, Decoret D, et al. Antibacterial activity of new Ca-based cement compared to other cements. *J Dent Res.* 2010;89(special issue A). Abstract 312.

Data prezentării: 09.03.2015
Recenzent: Gheorghe Nicolau

UTILIZAREA CAPELOR OCLUZALE ÎN TRATAMENTUL DISFUNȚIILOR ARTICULAȚIEI TEMPORO-MANDIBULARE

Rezumat

Obiectivul acestui articol este de a atenționa că majoritatea dereglărilor ATM se pot stabili în mod corespunzător cu utilizarea unor procedee și tehnici necomplicate îndreptate spre reglarea ocluziei, dar care necesită o cunoaștere minuțioasă a anatomiei și fiziopatologiei ATM. Pentru găsirea celor mai eficiente soluții în tratamentul disfuncțiilor temporo-mandibulare, s-a propus o gamă bogată de intervenții terapeutice actuale, începând de la terapia inițială a disfuncțiilor temporo-mandibulare în fază timpurie, până la aplicarea diferitor dispozitive/„orteze“ (cape, atele), fiecare fiind eficientă în proporții diferite și independent de la caz la caz. Toate, însă, cu scopul de a obține o stabilitate ocluzală și ameliorare a simptomelor articulare. Această listă amplă, este, în același timp, o dovadă pentru etiologia multifactorială a disfuncțiilor temporo-mandibulare.

Cuvinte cheie: disfuncții ATM, tratament, „orteză“, optimizare ocluzală, stabilizare.

Dumitru Șcerbatiuc,
profesor universitar
Catedra Chirurgie
Oro-Maxilo-Facială
și Implantologie orală
„Arsenie Guțan“, USMF
„N. Testemițanu“

Grigore Iovu,
medic stomatolog
Centrul Stomatologic
„Iovu-Dent“

Summary

OCCLUSAL APPLIANCE TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTIONS

The purpose of this article is to demonstrate that the most of ATM disorders can be stabilized properly with the use of uncomplicated methods and techniques, but requires a thorough knowledge of TMJ anatomy and pathophysiology. To find the most effective solutions in the treatment of temporomandibular dysfunction, there is a rich range of actual therapeutic interventions, starting from the initial therapy of temporomandibular dysfunction in early stage, up to various devices /orthotics appliance (splints), each of which is effective independent of case. However, all are in order to obtain a stable occlusion and improving symptoms of joint pain. At the same time, this large list is an argument for multifactorial etiology of temporomandibular disorders.

Key words: *TMJ dysfunctions, „orthosis“ treatment, occlusal optimization, stabilization.*

Introducere

Creșterea posibilităților de diagnostic și tratament a disfuncțiilor temporo-mandibulare, care pot ameliora sau stopa evoluția acestora, induce necesitatea inițierii conduitei terapeutice adecvate, precoce acestor afecțiuni.

Analizând diversă literatură și publicații recente ajungem la concluzia că majoritatea dereglărilor ATM se pot stabili în mod corespunzător cu utilizarea unor procedee și tehnici necomplicate, dar care necesită o cunoaștere minuțioasă a anatomiei și fiziopatologiei ATM.

În articolul precedent (Nr.2.2014) am scris despre dereglările și cracmentele articulare, precum și mecanismul apariției acestor.

Ca regulă, dereglările intracapsulare generează dereglări extra-capsulare cum ar fi mialgii, migrene ș.a.. Este stabilit experimental (Dr. Isburg, 1985) că în cazul dereglărilor intracapsulare, atunci când discul articular se află pe condil, activitatea musculară este în limitele normei. Când discul sare de pe condil, activitatea musculară crește spontan. Iar atunci când discul revine pe condil, activitatea musculară revine și ea la normal.

În concluzie, reiese că în cazurile dereglărilor ATM ocluzale, dereglărilor musculare, trebuie ținut cont de poziționarea corectă a discului articular.

Poziționarea clinico-funcțională a elementelor condil-disc se pot determina prin diferite metode de diagnostic clinice și paraclinice. Metodele paraclinice, pot fi efectuate pornind de la radiografia OPG (ortopantomografia), radiografia ATM în diferite proiecții, precum și metode mai precise care ne-ar permite vizualizarea poziționării discului — RMN, CT, JT-3-

D(Jaw Tracker- Dispozitiv de urmarire a mișcărilor mandibulei 3D), axiografia, metode de analiză a sunetelor intraarticulare sonografice: JVA (Joint Vibration Analysis) — ultima fiind o metodă cu o eficiență de diagnostic de circa 98%, non-invazivă și repetitivă, ușor de realizat de către medicul stomatolog în cabinet, având un cost mai mic decât RMN sau alte metode.

Hipocrate spunea: „Un diagnostic corect constituie circa 50% din succesul tratamentului“.

Se cunoaște faptul că ATM are o capacitate de adaptare destul de înaltă.

Utilizând metoda funcțională de diagnostic a sunetelor intraarticulare, identificăm calitatea condiției articulației pe tot parcursul traiectului. Dacă funcționalitatea este bună, nu este nevoie de tratament. Dacă aceasta este dereglată, atunci, eventual, va fi nevoie de un tratament pentru restabilirea funcționalității.

Optimizarea ocluzală prin șlefuire selectivă

Optimizarea ocluzală poate fi utilizată ca metodă de tratament în cazul anumitor disfuncții ATM, dureri oro-faciale de origine musculară, mialgii ș.a.. Procedura clinică de tratament constă în șlefuirea selectivă a unor supracontacte sau invers, creșterea unor sectoare dentare cu ajutorul materialelor restaurative pentru obținerea unei stabilități ocluzale și funcționale.

Încă în anii 1993, Pullinger & co. au stabilit că înlăturarea supracontactelor ocluzale conduce spre micșorarea simptomelor disfuncționale ATM cum ar fi cracmentele [1. klimberg].

În 1987, Forrssel et Al. au efectuat un studiu clinic privind optimizarea ocluzală a unor disfuncții ATM prin înlăturarea unor obstacole ocluzale și au raportat o îmbunătățire a echilibrului neuromuscular stomatognat, asigurând un traiect liber a mandibulei anterior și lateral. [1]

Dar aceste rapoarte nu erau suficient credibile pentru a dovedi eficiența optimizării ocluzale.

Optimizarea ocluzală, în caz de disfuncție ATM, devine mult mai eficientă odată cu apariția și implementarea noilor tehnologii obiective de analiză computerizată a ocluziei- T-Scan.

În urma cercetărilor clinice efectuate de către Dr.Robert Kerstein, D.M.D. SUA(The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice, January 2014), prin optimizare ocluzală cu ajutorul aparatului T-Scan se constată că din moment ce dinții laterali ajung în contact se declanșează activitatea musculară. Cu cât suprafețele de contact sunt mai mari, cu atât activitatea musculară este mai sporită. Dacă consecutivitatea apariției contactelor este dereglată, haotică, atunci activitatea musculară este mai dezechilibrată.

În urma efectuării unui studiu de analiza computerizată ocluzală cu T-Scan la pacienții fără acuze, cu ocluzia intactă s-a observat că primii dinți care contactează sunt grupul frontal, urmează molarii, apoi premolarii. În normă trebuie să tindem de a obținem o consecutivitate a apariției contactelor oclu-

zale care asigură o bună funcționalitate a sistemului muscular la deschiderea și închiderea gurii. Acesta poate vizualizată cu ajutorul aparatului T-Scan, care este o metoda computerizată obiectivă de analiză a ocluziei.

În cadrul centrului stomatologic „Iovu-Dent“ implimentăm cu succes o nouă metodă de tratament a dereglărilor ocluzale cu simptome durere neuro-musculare și a hipersensibilității dentare, care constă în optimizarea ocluzală restaurativă cu reducerea timpului de dizocluzie, fapt, care poate fi vizualizat cu ajutorul aparatului T-Scan.

În urma utilizării tehnicii date am obținut rezultate preliminare promițătoare cu îmbunătățirea stării de sănătate orală și a statusului psihologic general la anumiți pacienți.

Exemplu:

Pacienta A, Vîrsta 39 ani. S-a adresat cu dureri în regiunea muscilor masticatori, dureri articulare. S-a efectuat diagnosticarea computerizată a ocluziei cu T-Scan, în urma careia au fost depistate mai multe supracontacte sporite în regiunea dinților premolari, molari dreapta. În regiunea dintelui 46 pacienta avea o coroană metalo-ceramică protezată anterior 2 ani în urma. Centrul ocluziei deplasat anterior-dreapta cu un disbalans ocluzal de **12.2% forță pe stînga și 87.8% forță pe dreapta**. În urma ajustării ocluzale și restabilirii ghidajului canin bilateral, sau diminuat considerabil click-ul articular din dreapta și durerile musculare chiar în timpul primei ședințe.

Pacienta B., Vîrsta 48 ani. S-a adresat cu durere și tensiune în regiunea temporo-auriculară și a mușchilor masticatori, cu o stare psihologică generală afectată. Tratament și protezare dentară au fost efectuate aproximativ 3 ani în urmă. Disconfortul și durerile au început cu 6 luni în urmă. S-a adresat la medic la locul de muncă peste hotare, fiind efectuate examinări și analize neurologice fără a fi depistate careva abateri. Ulterior, au fost efectuate următoarele examinări: OPG, JVA (analiza sunetelor articulare), T-Scan (analiza computerizată a ocluziei), depistîndu-se un disbalans ocluzal de **68.2% forță pe stînga și 31.8% forță pe dreapta**, cu deplasarea centrului de ocluzie spre stînga și supracontact ocluzal pe dintele 26 de 32.4% forță din totalul de 68.2%. În același moment mai este depistată o abraziune dentară semnificativă cu pierderea clară a ghidajului canin bilateral.

S-a efectuat ajustarea ocluzală și restabilirea ghidajului canin bilateral cu ajutorul materialului composit nano hybrid Filtek Ultimate, obținînd un echilibru ocluzal verificat cu aparatul T-Scan. În următoarea ședință, a doua zi, pacienta a prezentat îmbunătățirea stării generale și psihologice, precum și diminuarea simptomelor cu care s-a prezentat.

Pacientul C., vîrsta 46 ani. S-a adresat cu dureri și oboseală musculară în mușchii masticatori care se intensifică în a 2-a jumătate a zilei și dimineața, click-uri articulare în stînga. Am efectuat următoarele examinări: T-Scan + Electromiografia mm.temporali și maseteri. S-a depistat un disbalans ocluzal de **65%**

forță pe stînga și 35% forță pe dreapta cu deplasarea centrului de ocluzie spre stînga distal și supracontacte sporite în regiunea dinților 8; Hiperactivitate musculară la mușchii maseteri și temporali. A fost recomandat și efectuat extracția dinților 8 superiori în 1-ma ședință de tratament. La a 2-a vizită după 3 zile de la extracția dinților 38 și 48, pacientul a prezentat diminuarea intensității click-ului articular. În continuare a fost efectuată ajustarea ocluzală cu restabilirea ghidajului canin bilateral cu ajutorul materialului composit nano hybrid Filtek Ultimate, prezentînd o diminuare a simptomelor durere și a disconfortului.

Capa (gutieră) ocluzală

Capa ocluzală poate fi considerată o metodă de tratament auxiliară, temporară, utilizată pentru stabilizarea ATM și, eventual, alegerii unei scheme de tratament individuală fiecărui pacient.

Ce este capa ocluzală? — Este o placă mobilizabilă, din acrilat, care acoperă parțial sau în totalitate suprafața ocluzală a dinților, cu un efect relaxant asupra mușchilor masticatori și efect de decompresie în ATM, influențînd poziționarea corectă a condililor mandibulari în articulație.

Indicațiile de bază pentru utilizarea capelor ocluzale sunt (V.A. Hvatova, C.O. Cicunov; 2010):

- sindrom duror în disfuncțiile ATM;
- dereglări intraarticulare la nivelul ATM (click-uri, sunete);
- protecția țesuturilor dure dentare (Bruxism);
- pregătire pentru reconstrucții ocluzale totale;
- pregătiri pre- și postchirurgicale.

Contraindicațiile capelor ocluzale sunt:

- lipsa infraocluziei;
- artrită acută însoțită de imposibilitatea unei amprentări corecte, fiind nevoie inițial de tratament medicamentos și fizioterapie;
- pacienți cu dereglări psihice.

Condiții în care pacientul trebuie să poarte capa (J. Okeson):

- ocluzia traumatică este rezultatul unor disfuncții ale ATM;
- ocluzia traumatică este cauza disfuncțiilor ATM.

Crearea fiecărei cape ocluzale trebuie să fie motivată de rezultatele analizelor funcționale ale sistemului dento-maxilar individual. Din start este necesar coordonarea utilizării „ortezei“ cu planul de tratament, inclusiv construcția protetică finală precum și încheierea acordului juridic, cu posibila implicare a altor specialiști cum ar fi: fizioterapeut, neuropatolog, ORL ș.a.. Pacientului i se aduce la cunoștință că există diverse motive pentru acuzele care le prezintă, iar eficiența tratamentului nu întotdeauna poate fi prevăzută. Trebuie să diminuăm așteptările pacientului de la ideea unui tratament rapid și miraculos, începînd cu utilizarea capei ocluzale. Important este să nu uităm despre “a nu face mai rău decît este!”.

De regulă, odată cu începerea utilizării capei, situația pacientului se îmbunătățește.

Care ar fi efectul „ortezei“ ocluzale?

Acoperind suprafața ocluzală, capa modifică stereotipul de deschidere-închidere, schimbând (reprogramând) astfel funcționalitatea musculară obișnuită- condiție care ar permite re poziționarea condililor articulari într-o poziție nouă, corectă. Aceasta poate fi confirmată prin examinări paraclinice: EMG, JVA, Rx, CT, JT-3D, axiografie, precum și prin examinări clinice.

Se cunosc multiple și diverse tipuri de „orteze“ ocluzale. Acestea pot fi clasificate după metoda de fixare (maxilar superior/inferior), după materialul de confecționare, după contactele care le au cu dinții antagoniști ș.a..

Tipuri de dispozitive ocluzale:

1. Dispozitiv de stabilizare;
2. Dispozitiv pentru poziționarea anterioară a mandibulei;
3. Dispozitiv pentru ocluzia anterioară;
4. Dispozitiv pentru ocluzia posterioară;
5. Dispozitiv- pivot;
6. Dispozitiv elastic;
7. Dispozitive de distracție;
8. Dispozitiv hidrostatic (cu apă/gel);
9. Aparat de restricționare bucală;
10. Alte tipuri de aparate:
 - pentru sforăit;
 - aparate funcționale;(Miobrace)
 - aparate combinate,etc.

Totuși, care din „orteze“ ar putea fi utilizate mai des?

După efectul funcțional „ortezele“ ocluzale ar putea fi clasificate astfel (V.A. Hvatova):

1. „Orteză“ pentru dezocluzie, fără diminuarea poziției obișnuite a mandibulei (transversal-sagital). Se utilizează ca protecție în bruxism, însoțit de micșorarea înălțimii verticale ocluzale și fără simptome de disfuncție musculo-articulară, când se prevăd reconstrucții ocluzale chiar și însemnate.

Suprafața ocluzală are amprentele dinților antagoniști slab evidențiate. Regimul de utilizare a „ortezei“ — pe timp de noapte, cât mai des pe parcursul zilei.

Adaptarea înălțimii ocluzale poate fi efectuată treptat prin adăugare de material acrilic la nivelul plăcii.

2. „Orteză“ pentru relaxare — utilizată în cazul tonusului sporit al mușchilor masticatori (bruxism), cu efect de autoreducere a condililor articulari în ocluzie centrică fiziologică. „Orteza“ trebuie să aibă o suprafață plană, fără relief ocluzal, dar cu contactarea tuturor cuspizilor dinților antagoniști, având ghidajul canin-incizal clar. Se recomandă de purtat pe timp noapte și în situații de stres.

3. „Orteza“ de stabilizare — utilizată pentru stabilizarea mandibulei după scăderea tonusului muscular sporit. Acest tip de „orteză“ trebuie să aibă contactele ocluzale neînsemnate a cuspizilor antagoniști cu ghidaj canin-incizal clar. Se recomandă utilizarea cât se poate de des pînă la soluționarea lucrării definitive a pacientului.

Indicațiile „ortezei“ de stabilizare depind de condiția care o prezintă pacientul, de exemplu:

- în bruxism se recomandă purtarea capei pe timp de noapte și la necesitate;
- în caz de traumă acută a ATM, pe timp de noapte și la necesitate;
- dacă este modificată DVO (dimensiunea verticală de ocluzie), cu prezența simptomelor de disfuncție ATM și se preconizează un tratament ortopedic sau restaurativ în vederea reorganizării ocluzale, se recomandă purtarea permanentă a „ortezei“, inclusiv în timpul alimentației;
- dureri musculare locale;
- mialgii cronice de origine centrală;

Dacă nu pot fi controlate simptomele bruxismului și pe timpul zilei, atunci capa se aplică și ziua, la necesitate.

O atenție deosebită trebuie să acordăm istoricului disfuncției, de unde provine.

4. Un alt tip de „orteză“ este **„Orteza“ de re poziționare**, care ar conduce la reinstalarea condililor articulari într-o poziție nouă, corectată, prin diminuarea stresului din ATM și re poziționarea discului articular. În acest caz amprente ocluzale ale dinților laterali antagoniști trebuie să fie pronunțate într-o poziție corectată a mandibulei. Se poartă strict 24 de ore, inclusiv în timpul alimentației, fiind îndepărtată doar în timpul igienizării.

Succesul terapiei cu cape este rezultatul;

- schimbării și îmbunătățirea condiției ocluzale;
- schimbarea și îmbunătățirea poziției condiliene;
- modificarea dimensiunii verticale de ocluzie într-una funcțională.

Trebuie să tindem spre a obține o capă cu stabilitate ortopedică (contatele cuspizilor cu fosetele, stabilitatea ghidajului canin-incizal), deoarece stabilitatea ocluzală crează stabilitate condiliană, cea din urmă creînd stabilitate musculară.

Scopul nostru trebuie să fie îndreptat spre diminuarea forțelor retrodiscale. Acest scop poate fi atins prin:

1. educarea și conștientizarea pacientului în legătură cu problemele existente — de a nu supra-solicita aparatul dento maxilar
2. respectarea unui regim alimentar bazat pe alimente moi cu evitarea alimentelor dure;
3. reducerea contactelor non-funcționale și a celor premature;
4. aplicarea terapiei cu cape.

Repoziționarea anterioară a mandibulei cu ajutorul atelei

Atela-capa de re poziționare anterioară a mandibulei poate fi plasată fie pe arcada superioară, fie pe cea inferioară. Mușcătura corectată este amprentată avînd ca și reper marginile incizale ale dinților frontali superiori și inferiori. Această poziție mandibulară de rutină este, uneori, modificată prin experiența clinică, radiografiile transcraniale și electro-miografie, dar aceasta este o poziție de plecare foarte practică

pentru majoritatea pacienților cu disfuncții temporo-mandibulare care suferă de **deplasare anterioară de disc cu reducere**.

Capa acrilică ce acoperă în totalitate dinții este indexată pentru a permite pacientului realizarea doar a mișcărilor mandibulare verticale. Acesta este un punct extrem de important. Dacă pacientul poartă o „atelă cu tragere spre înainte“ nu ar trebui să existe mișcări de rotație în articulație atunci când pacientul are ocluzie completă. Orice mișcare de rotație va irita mușchiul pterigoidian lateral și va genera deranjament extern mai acut.

De asemenea în tratament pot fi utilizate relaxante musculare, pachete calde și reci, Electrostimulare transcutană- Quadra TENS, toate pot fi de mare valoare, ce ar reduce imobilizarea musculară, neuroalgia miofibrilară și hiperactivitatea musculară în tratamentul deranjamentelor externe. Cheia pentru utilizarea „atelei cu tragere spre înainte“ este de a înțelege că mușchiul pterigoidian lateral poate trage meniscul în poziția sa corectă pe suprafața articulară a condilului mandibular. Acești mușchi trebuie să fie total pasivi (relaxați) înainte ca atela să fie ajustată.

J. Okeson recomandă utilizarea dispozitivului pe timp de noapte și la necesitate în timpul zilei. Dacă simptomele diminuează, pacientul este supravegheat timp de 2-3 luni, după care se începe realizarea planului ortopedic preconizat anterior. (2. Okeson)

Uneori, deranjamentul extern nu va dispărea cu dispozitivul aplicat. În acest caz, este necesar de evaluat starea pacientului prin modificarea dispozitivului (atelei), cu re poziționarea mai anterior și mai vertical a mandibulei. Medicul ar trebui să crească dimensiunea verticală a atelei cu aproximativ 2 mm și re poziționarea înainte cu 1-2mm. Adaptarea atelei ar trebui să fie făcută la fiecare 7-14 zile, până când toate deranjamentele externe vor fi eliminate. De asemenea, toate efectele secundare ale disfuncțiilor temporo-mandibulare trebuie să fie corectate până în acest moment.

Odată ce mușchiul pterigoid lateral a devenit pasiv-relaxat, atela ajustată permite mandibulei efectuarea unor excursii anterioare și laterale. Astfel, pacientul poate efectua mișcarea de rotație cu mandibula re poziționată anterior cu ajutorul atelei, iar condilii în poziție înainte și în jos, în relație corectă cu meniscul. În această condiție pacientul se află în continuare sub supraveghere cu posibilitatea plasării unei orteze permanente de stabilizare a condililor mandibulari conform planului ortopedic preconizat.

Capa cu poziționare anterioară poate fi de ajutor chiar și pe o perioadă lungă de timp.

În caz de deplasare de disc acută- blocaj (blocarea gurii deschise) se poate recurge la proceduri de distracție-repoziționare manuală: cu policele plasat pe arcada inferioară se aplică o presiune în jos, în față și spre contralateral, după care pacientul va ocluză pe dinții frontali. Ulterior, se va măsura amplitudinea deschiderii. Dacă meniscul s-a redresat, amplitudinea deschiderii va fi mai mare de 40mm și chiar mai mult.

Se poate aplica tratamentul cu capă, cu poziționare spre anterior 24/24 ore, timp de 3-4 zile, până se reduce inflamația, timp în care pacientul va respecta recomandările menționate mai sus.

Conform unor studii sumare, J. Okeson, Sato et.al 2003. vorbește despre terapia reversibilă cu capa cu poziționare anterioară (APA) purtată timp de 19 luni. 60% din pacienți devin asimptomatici, prezentând îmbunătățiri, în timp ce 40% pacienți au rămas la fel sau situația li s-a înrăutățit. Media de deschidere a gurii a crescut de la 29,8- la 39,8 mm. Majoritatea pacienților s-au adaptat. Dacă durerea persistă, trebuie să avansăm adaptarea ocluzală și să insistăm spre consult și tratament interdisciplinar (alți specialiști).

Atela-Pivot

Este utilizată pentru a trata deplasările de disc anterioare fără reducere. Această lucrare ortopedică trebuie întotdeauna plasată pe arcada inferioară și, de obicei, nu este nimic mai mult decât o atelă cu suprafața plană.

Pivotul este creat prin adăugarea compozitului la nivelul cuspidului mezo-palatinal al primului molar superior. Acest compozit ar trebui să fie suficient de gros, astfel încât acesta să fie singurul punct de contact în cadranul respectiv, indiferent de cât de greu mușcă pacientul. În cazul în care primul molar lipsește, al doilea cel mai bun punct pentru a crea pivotul din compozit este cuspidul mezo-palatinal al molarului doi superior. Dacă și acest dinte lipsește, pivotul poate fi creat pe cuspidul palatinal al premolarului doi superior. În cazul în care pacientul este edentat distal până la primul premolar maxilar, trebuie creat un pivot artificial în zona primului molar maxilar prin realizarea unei proteze mobile.

În cazul în care deplasarea de disc anterioară este unilaterală, pivotul este plasat unilateral pe partea arcadei unde se produce deplasarea, efectuând diminuarea forțelor asupra articulației temporo-mandibulare, în care se produce deplasarea în cauză a discului articular. Pacientul trebuie să ocluză cu atela pivot până când deplasarea de disc fara reducere se transformă în deplasare cu reducere. În acel moment, se aplică o „atelă cu plan înclinat“ și se tratează etapa corespunzătoare.

Atela pivot este preconizată pentru a trata faza de deplasare de disc fără reducere până la etapa de deplasare de disc cu reducere.

În practica noastră atela-pivot a fost realizată în două cazuri, la pacienți cu simptome dureroase neurologice și auriculare, limitarea deschiderii gurii până la 40mm, cu deflecții a traiectului, precum și îngustare a spațiului articular radiologic condil-fosă de până la 1,5-2mm. Însă la scurt timp, peste 3 zile, din cauza durerilor periodontale la dintele cuspid-pivot și a disconfortului produs pacientului în timpul alimentației, atela a fost modificată în atelă cu contact ocluzal unilateral, care a avut un rezultat scontat. După alte 2 zile pacienții au prezentat diminuarea simptomelor dureroase și o îmbunătățire a amplitudinei de deschidere a gurii, iar radiologic, s-a produs o sporire a spațiului

articular de pînă la 3-4 mm. Peste 3 săptămîni de tratament, atela cu contact ocluzal unilateral a fost modificată în atelă cu plan înclinat spre anterior, realizînd prin aceasta o trecere la următoarea etapă de tratament, din deplasare de disc fără reducere în deplasare de disc cu reducere.

Capa cu plan drept

Scopul principal de utilizare a unei cape cu suprafață plană este de a trata faza acută a unei probleme de deranjament extern.

Faza I de stabilizare — În timpul acestei faze acute mușchii masticatori sunt într-un stadiu hiperactiv și împiedică diagnosticarea corectă a deranjamentului intern ce stă la bază. Obiectivul este de a transforma deranjamentul extern acut în unul pasiv, astfel încît să putem realiza un tratament adecvat a deranjamentului intern.

Atela cu plan drept, de obicei, cel mai bine este tolerată de către pacient atunci cînd este plasată pe arcada inferioară. Cu toate acestea, ea poate fi plasată și pe arcada superioară, atunci cînd este necesar. Grosimea minimă a platoului ocluzal trebuie să fie de 1,5 mm la nivelul dinților posteriori.

Atela trebuie să fie ajustată astfel încît toți dinții posteriori să prezinte contacte echilibrate indiferent de modul în care pacientul ocluză. Acest lucru le dă o șansă mușchilor hiperactivi de a se odihni și să devină mai pasivi.

În cazul în care atela cu plan drept este plasată pe arcada superioară, este foarte important să nu existe cuspidi mai pronunțați în placa acrilică.

Uneori, deranjamentele externe acute sunt atît de grave încît pacienților le este imposibil să deschidă gura și nu ne oferă posibilitatea de a planifica construcția unei atele. În această situație, o atelă temporară ar trebui să fie construită direct în cabinet folosind masa acrilică, sau compozit. Pe măsură ce tratamentul progresează și obținem o deschidere verticală mai mare, putem indica cu o mai mare precizie o atelă cu plan drept realizată pe modele.

Există o serie de aspecte clinice care sunt esențiale pentru o terapie cu atelă de succes.

Starea generală de sănătate a pacientului este un element esențial în succesul sau eșecul terapiei disfuncției ATM. Alimentația de bază trebuie să includă zilnic multiple vitamine cum ar fi vitamina C, vitamina E, magneziu chelat, alimente diverse, dar să nu fie dure.

Este foarte important ca medicul să ajute pacientul în schimbarea stilului de viață, pacientul trebuie să reducă consumul de cafeină, alcool, tutun, etc.

Estrogenul joacă un rol important în capacitatea de a compensa disfuncțiile ATM. Acesta este motivul pentru care disfuncțiile ATM în fază acută sunt întîlnite mai frecvent la pacienții de sex feminin.

Nivelul redus de estrogen scade pragul de durere al pacientului și îl face mai sensibil la disconfort. De aceea, pacienții de sex feminin ar trebui să fie evaluați și de către medicul de familie și alți specialiști în vederea efectuării unui tratament de întreținere a estrogenului la necesitate.

Faza a doua — de stabilizare

După ce toate deranjamentele externe și interne au fost rezolvate, pacientul este gata pentru faza a doua a tratamentului, de stabilizare a ocluziei, cea mai frecventă fiind tratamentul ortodontic al anomaliilor dentare, dacă sunt prezente. Sunt urmarite două scopuri concomitent: tratamentul anomaliei dento-maxilare și a disfuncției ATM.

Tratamentul ortodontic implică, de obicei, trei pași de bază.

Prima etapă- arcadele dentare trebuie să fie dezvoltate în mod corespunzător pentru a ne asigura că sunt eliminate toate obstacolele de blocare a mandibulei de către maxilar.

A doua etapă implică transferarea poziției atelei într-un aparat ortodontic final. Acest lucru este de obicei realizat prin utilizarea unei pante înclinate pentru poziționarea mandibulei anterior și aplicarea unei construcții din compozit pe dinții posteriori pentru menținerea dimensiunii (direcției) verticale.

A treia etapă presupune, de obicei, plasarea unui aparat ortodontic fix, pentru a finaliza ocluzia și a coordona poziția corectă a condililor mandibulari pe meniscuri. Severitatea malocluziei și aspectul financiar trebuie luate în considerare atunci cînd se face o decizie finală privind finalizarea cazului.

O altă soluție mai frecvent utilizată în faza a doua de stabilizare este reconstrucția. Se aplică aceleași principii în care condiliile trebuie susținuți atît orizontal cît și vertical pînă la aplicarea finală a reconstrucției fixe sau mobile.

O a treia opțiune poate fi o atelă permanentă. Acestea sunt de obicei realizate din crom-cobalt și sunt pur și simplu schimbate pe atelele acrilice. Proteza parțială permanentă este adesea cea mai bună opțiune pentru pacienții vîrstnici sau atunci cînd aspectul financiar este principala preocupare a pacientului.

Uneori, diferența dintre ocluzia inițială a pacientului și ocluzia finală dorită este foarte minimă. Aceste cazuri se potrivesc destul de bine echilibrării ocluzale ca o soluție de stabilizare finală.

În unele situații ocluzia inițială a pacientului nu prezintă cauza disfuncției ATM. Un exemplu clasic în acest sens este trauma la nivelul gîtului în accidente de auto. Aceste cazuri sunt tratate utilizînd aceeași terapie cu capă pentru a permite articulației să se „vindecă”, apoi se vor îndepărta încet stopurile acrilice care susțin mandibula înainte și în jos.

În acest moment ar trebui să fie evident că diagnosticarea corectă a cauzei reale a disfuncției ATM este critică pentru formularea tratamentului. Chestionarul de diagnostic minim pentru disfuncțiile ATM trebuie să includă:

- Anamneza medicală și stomatologică;
- Examinarea clinică;
- Radiografii ATM;
- Analiza cefalometrică;
- Analiza de studiu a modelelor;
- Fotografii intra și extraorale;
- Radiografii panoramice;

Investigații diagnostice suplimentare:

- Evaluarea sacro-cranială (evaluarea posturii);
- Aparata de evaluare a traseului mandibular — JT-3D(Jaw-Tracker), axiografia;
- Înregistrarea nivelului și tipului sunetelor articulare — JVA (Joint Vibration Analysis) - Analiza Vibrațiilor Intraarticulare);
- Evaluarea electronică a musculaturii — Electromiografia (BioEMG) ;
- Analiza computerizată a ocluziei — T-Scan.

Medicul trebuie să aibă un protocol de lucru bine determinat, care permite o evaluare minuțioasă și un diagnostic corect pentru fiecare pacient cu disfuncție ATM. Formularul de examinare anexat este un ghid excelent pentru succesul terapiei disfuncțiilor ATM.

Posibilele **complicații** pe termen lung:

1. Cariii dentare;
2. Inflamația țesuturilor moi;
3. Dependență psihologică (efect Placebo);
4. Intruzia/extruzia dinților;
5. Putem iniția o situație patologică nouă.

Pacienții trebuie monitorizați tot timpul. Nu trebuie să pierdem legătura cu pacientul pe termen lung.

Metoda simplificată de confecționare a capei cu ghidaj spre anterior

După clasică amprentare a arcadei superioare și confecționarea modelului din ghips de clasa (IV) (Fig.1a), cu ajutorul aparatului prin vacuum-formare pentru gutiere se adaptează pe arcada modelului o folie de acrilat dur, de 2 mm grosime. (Fig.1b).

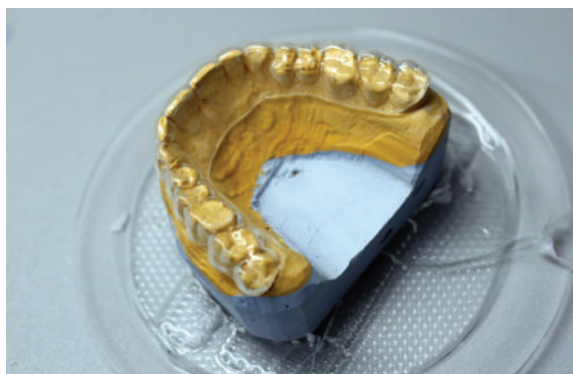


Fig.1. a — modelele din gips;

b — folia de acrilat adaptată pe model după vacuum-formare

Trusa de examinare a pacientului va fi completată cu următoarele ustensile: acrilat autopolimerizabil, recipient pentru prepararea acrilatului, hîrtie de articulație de culoare roșie și albastră și, bine-înțeles, capa (Fig.2).



Fig.2. Ustensilele necesare

Următoarea etapă constă în realizarea unui buton acrilic aplicat în porțiunea antero-palatală a capei astfel încât incisivii inferiori să contacteze pe acest buton (Fig.3.).



Fig. 3. Confecționarea butonului din acrilat autopolimerizabil pentru realizarea ghidajului anterior

Ulterior, verificăm ajustarea capei la nivelul arcadei maxilare, care trebuie să poată fi inserată și dez-inserată cu ușurință, iar pacientul nu trebuie să aibă senzații de presiune asupra dinților sau de alunecare a capei de pe arcada dentară. De asemenea, atunci când oclude, pacientul trebuie să aibă contact doar anterior pe butonul anterior, posterior nu trebuie să fie prezent nici un contact (Fig.4a,b). Acesta este momentul în care stabilim dimensiunea verticală a capei.

Capa fiind astfel ajustată, trecem la următoarea etapă în care aplicăm acrilat autopolimerizabil pe suprafața ocluzală a capei pentru stabilizarea ocluziei (Fig.5.).



Fig. 6. Adaptarea/stabilizarea ocluzală laterală a capei cu material acrilic autopolimerizabil

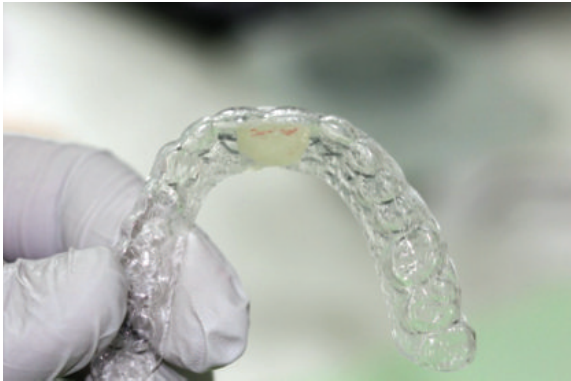
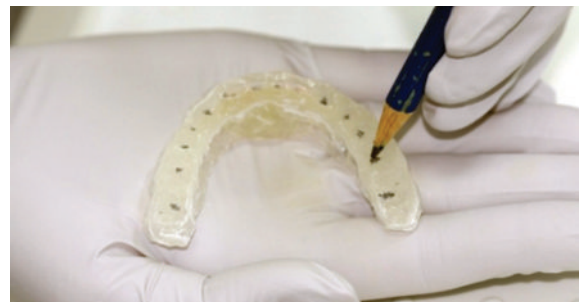


Fig. 4. a-b Verificarea adaptării capei la nivelul arcadei dentare maxilare



După îndepărtarea surplusurilor (Fig.,7a), cu un creion marcăm cuspidii de sprijin și contactele centrice, pentru că aceste puncte sunt cele pe care vrem să le păstrăm pentru a avea o stabilitate ocluzală (Fig.7b).



Fig. 7. a — îndepărtarea surplusurilor **b** — marcarea cuspidilor de sprijin și a contactelor centrice cu ajutorul unui creion chimic



Ulterior inserăm capa pe arcada superioară și cu ajutorul hîrtiei de articulație roșie vom marca contactele excentrice în timp ce pacientul execută mișcări de închidere-deschidere (Fig.8).

Fig. 5. Aplicarea masei acrilice pe suprafața ocluzală a capei

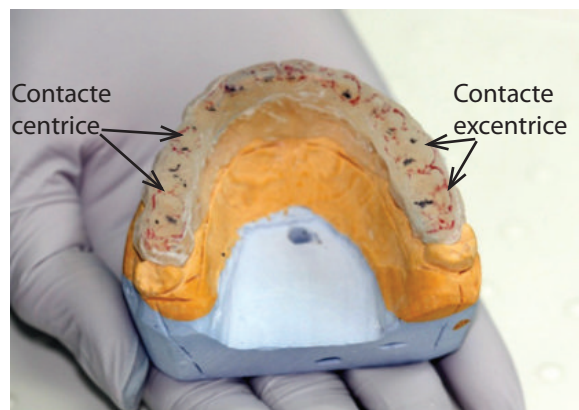


Fig. 8. Marcarea contactelor excentrice cu ajutorul hîrtiei de articulație roșie

Ulterior aplicăm capa cu material acrilic pe arcada dentară superioară a pacientului și ghidăm pacientul să ocludă pe dinții posteriori pînă incisivii inferiori ating butonul anterior (Fig.6.).

Contactele excentrice vor fi înlăturate pînă cînd marcajele hîrtiei de articulație roșie vor coincide cu cele ale creionului chimic, astfel vom avea doar contacte centrice, stabile, iar pacientul va executa doar mișcări verticale de închidere-deschidere a gurii (Fig.9a). De asemenea, ghidajul canin dreapta-stînga, precum și ghidajul anterior, vor fi marcate prin linii continue, neîntrerupte, fără a exista interferențe (Fig.9.b).



Fig. 9. Marcarea contactelor centrice cu hîrtie de articulație roșie, ghidajul canin

La final, capa este netezită și lustruită (Fig.10.). Astfel am obținut o capă stabilă, retentivă, unde toți dinții contactează egal pe suprafețe plane, contactele excentrice sunt eliminate, iar în poziție verticală dinții posteriori contactează mai puternic decît cei anteriori. Ca regulă, în acesta poziție are loc recaptarea discului deplasat.



Fig.10. Capa finală, netezită și lustruită



Fig.11. a — Capă vacuumată simplă, supracontacte posterioare



Fig.11. b După 3-6 luni de utilizare

Utilizarea capelor vacuumate simple, moi sau dure în tratamentul disfuncțiilor ATM sau Bruxismului, nu sunt eficiente, din motiv că nu contribuie la o stabilitate ocluzală, avînd contactele dentare neuniforme și instabile (Fig. 11 a,b). Ca regulă contactele sunt concentrate pe dinții masticatori distali, creînd o dizocluzie frontală, ducînd la deteriorarea rapidă a capei (Fig.12). În caz de bruxism pot provoca chiar și o activitate musculară mai sporită.



Fig.12 Capa vacuum-formată simplă deteriorată după 3-6 luni de utilizare

În perioada 2013—2014, au fost examinați ~ 75 de pacienți cu disfuncții temporo-mandibulare, dintre care 56 femei și 19 bărbați cu vârsta 18-65 ani.

Cu unele diferențe de vârstă, la toate categoriile de pacienți, au fost stabilite stări și abateri ocluzale, precum și disfuncții ATM.

La grupul de vârstă 18-30 ani (femei — 13) predominau clicurile articulare, dureri în regiunea mușchilor masticatori. S-a constatat prezența molarilor de minte la 6 pacienți, pierderea timpurie a suportului molar, mai ales a molarilor 6, la 4 pacienți, precum și prezența incongruențelor dentare cu pierderea ghidajului canin. Simptomele articulare s-au îmbunătățit semnificativ sau chiar au dispărut în urma următoarelor procedee: extracția molarilor de minte la 6 pacienți, șlefuire selectivă și restabilirea ghidajului canin la 3 pacienți, aplicarea unui tratament cu capă sau cu aparat ortodontic la 4 pacienți.

Disfuncțiile ATM la categoria de vârstă 31-45 de ani (femei-23) sunt caracterizate la fel de prezența clicurilor articulare de diferită intensitate, dureri în mușchii masticatori, dureri în regiunea mușchilor gâtului, spatelui, dureri articulare. Sindromul neurologic cu cefalee generalizată și dureri în regiunea temporală, frontală, zumbete, sunete auriculare a fost prezent la 6 pacienți. Prezența lucrărilor ortopedice asimetrice, învechite — la 9 pacienți (40%), prezența molarilor de minte — la 2 pacienți. De asemenea, la această categorie de vârstă, prin intermediul sistemului BioPak de analiză a vibrațiilor intraarticulare (JVA), radiografie panoramică și radiografia ATM, au fost depistate schimbări degenerative ușoare la 9 pacienți (~40%). La această categorie de pacienți s-a aplicat un tratament provizoriu complex care implică optimizare ocluzală (la 2 pacienți), tratament cu cape ghidându-ne de relația centrică la 14 pacienți, PPMA (proteză parțială mobilă acrilică) la 3 pacienți.

La categoria de vârstă 50–65 de ani (femei — 21), predomină deplasările de disc fără reducere, schimbări degenerative în ATM s-au determinat la 10 pacienți (~50%), sindrom neurologic la 8 pacienți (~40%). Practic, de la această vârstă, în lipsa unui tratament adecvat timpuriu, cauzele afecțiunilor ATM presupunem că ar fi o acumulare a mai multor factori descriși mai sus la celelalte categorii de vârstă și anume: interferențe ocluzale, pierderea suportului molar timpuriu, prezența lucrărilor ortopedice asimetrice, învechite, prezența molarilor de minte, etc. Tratamentul la această categorie de pacienți la fel este efectuat prin lucrări provizorii de tipul P/PMA (proteza parțială mobilă acrilică), cape ocluzale, optimizări ocluzale, extracția molarilor de minte.

Pacienții de sex masculin prezintă date mai optime, comparativ cu sexul feminin (19 bărbați).

În categoria de vârstă 18-30 de ani (nr. bărbați- 5) simptomele cele mai comune sunt sunetele articulare. Din anamneza s-a constatat prezența molarilor de minte la 4 pacienți, precum și suportarea unor traume la nivelul feței la 2 pacienți. Tratamentul la acești pacienți a fost efectuat prin aplicarea capelor ocluzale,

optimizări ocluzale, extracția molarilor de minte, tratament ortodontic.

La categoria de vârstă 31-45 de ani (nr. bărbați- 10) predomină sunetele articulare, durerile în regiunea mușchilor masticatori. Prezența sindromului neurologic este întâlnit la 2 pacienți, instabilitatea ocluzală din cauza lucrărilor ortopedice asimetrice- 6 pacienți, prezența molarilor de minte- 1 pacient, traume suferite în trecut — 1 pacient. Tratamentul aplicat la această categorie de vârstă este același descris la categoria precedentă.

În grupul de vârstă 50-65 de ani (nr. bărbați- 4), ca și în cazul sexului feminin, predomină deplasările de disc fără reducere- deflecția traiectului mandibulei la deschidere, schimbări degenerative ușoare în articulație, instabilitate ocluzală, lucrări ortopedice asimetrice constatate la toți cei 4 pacienți.

De menționat este că, în timpul examenului clinic palpator, la toate categoriile de vârstă cu disfuncții ATM, am constatat o hipersensibilitate doloasă a mușchiului pterogoidian lateral, ca regulă, mai pronunțată unilateral pe partea deplasării discului articular.

Tratamentul a fost efectuat la pacienții care au exprimat voință și cooperare, precum și în funcție de aspectul financiar. La toate categoriile de pacienți care nu au dorit un tratament ortopedic complex, au fost confecționate cape ocluzale provizorii sau proteze parțiale mobile. Majoritatea pacienților au prezentat îmbunătățiri a simptomelor disfuncțiilor ATM începând cu purtarea aparatelor provizorii.

Concluzii

În ultimii ani baza conceptuală de utilizare a capelor pentru tratarea disfuncțiilor ATM a fost redefinită considerabil. Aceasta s-a întâmplat, în mare măsură, ca urmare a cercetărilor extinse, precum și apariției noilor tehnologii digitale de analiză și diagnostic al sistemului stomatognat.

Aplicarea selectivă a dispozitivelor ocluzale descrise în acest articol, de obicei, prezintă succes în controlul efectelor malocluziilor și parafuncțiilor. Capetele simple-vacumate sunt utilizate în mod obișnuit de către unii medici stomatologi, ca o metodă expres de tratament a disfuncțiilor ATM chiar cu unele rezultate pozitive. Însă aceste cape nu oferă acea stabilitate și același succes precum capetele ocluzale adaptate în mod corespunzător fiecărui caz în parte.

Este foarte important să înțelegem metoda de confecționare a capelor cu ghidaj spre anterior, deoarece astfel, oricare medic stomatolog ar putea confecționa în condiții de cabinet, fără ajutorul laboratorului de tehnică dentară, un dispozitiv cu un cost redus și eficiență înaltă.

Rezultatele prezentului articol indică faptul că dispozitivele cu ghidaj spre înainte pot oferi o mai bună ameliorare a disfuncțiilor ATM decât alte modalități, și că, prin urmare, aceasta este o abordare utilă pentru reducerea nivelurilor de durere și a sunetelor articulare.

Capele cu ghidaj spre anterior sunt proiectate pentru tratamentul pacienților cu deranjamente interne și

externe ale ATM. Protruzia mandibulei scade suprasolicitarea de pe țesuturile retrodiscale, ceea ce permite o modificare benefică la nivelul ATM cu ameliorarea simptomelor prezente chiar în următoarea vizită. De asemenea, fizioterapia și relaxantele musculare adjuvante sunt bine-venite în tratamentul de re poziționare anterioară a mandibulei cu cape.

„Ortezele“ trebuie să prezinte, un tratament inițial, adjuvant, pînă la stabilizarea articulației temporo-mandibulare, urmat apoi de un tratament final bine planificat, însă capa cu poziționare anterioară poate fi de ajutor chiar și pe o perioadă mai lungă de timp, purtată pe timp de noapte ca metodă de decompresie a ATM și relaxare musculară.

Medicul trebuie să țină cont și de riscurile medicale și costurile financiare. Însă, este imperativ ca medicii să cunoască foarte bine anatomia, fiziopatologia articulației temporo-mandibulare, precum și dinamica sistemului masticator pentru a obține rezultate bune pe termen lung. Astfel, un diagnostic corect este baza unui tratament de succes.

Bibliografie

1. Семкин В.; Волков А. Ю, 2011, p.24-29; 33-45; 72.
2. Jeffrey P. Okeson: Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Sixth Edition, 2013
3. Валентина Хватова, С. Чикунов: Оклюзионные шины (современное состояние проблемы), 2010; p.9-11.
4. BioResearch Annual Conference Journal, 2013;
5. Станислав В. Маевски :Стоматологическая Гнатофизиология, 2008, p.29-30.
6. Нуман Smukler- Normalisation of Occlusion, 2006 p.35-39; 45.
7. Iven Klibeberg , Rob Jagger- Occlusion and Clinical Practice 2008. P.57-60; 134-135.
8. Gh.Boboc -Aparatul Dento-Maxilar. 1996. p.292; 402.
9. А.С. Щербаков 1987. p.117-124.
10. The Journal of Cranio Mandibular & Sleep Practice, Ianuarie-2013.
11. И.Лебеденко, С.Арутюнов, М.Антоник, Инструментальная функциональная диагностика зубочелюстной системы, 2010.
12. Ивасенко П.И., Мискевич М.И., Савченко Р.К., Симахов Р.В., Патология ВНЧС, 2007, p.13-15; 25-27.
13. Iven Klibeberg , Rob Jagger- Occlusion and Clinical Practice 2008.

Data prezentării: 27.02.2015
Recenzent: Valentin Topalo

UTILIZAREA MINERALULUI AGREGAT TRIOXID ÎN TRATAMENTUL PULPITEI ACUTE DE FOCAR

Rezumat

Păstrarea și menținerea vitalității pulpare este o necesitate conform indicațiilor tratamentului pulpitei acute de focar. Inflamația pulpei dentare ca urmare a diferitor factori locali și generali rămâne a fi una din cele mai frecvente urgențe în stomatologie, care nefiind diagnosticată și tratată la timp duce la un risc crescut în dezvoltarea unor complicații periodontale. Studiul fiind efectuat pe un lot de 28 de pacienți care s-au adresat pentru îngrijiri medicale la Catedra Stomatologie Terapeutică USMF „Nicolae Testemițanu“

Cuvinte cheie: pulpita, mineral trioxid agregat, cuafaj.

Summary

USE OF AGGREGATE MINERAL TRIOXID IN TREATMENT OF ACUTE FOCAL PULPITIS

Keeping and maintaining the vitality of the pulp is a necessity as indicated treatment of acute focal pulpitis. The role of diagnosis and treatment of acute diffuse pulpitis, in order to avoid complications Inflammation of the dental pulp due to various local and general factors remains one of the most common dental emergencies that are not diagnosed and treated in time lead to an increased risk in the development of periodontal complications. The study was performed on a group of 28 patients who have addressed for treatment at the Therapeutic dentistry Department USMF „Nicolae Testemițanu“

Key words: pulpitis, aggregate mineral trioxide, capping.

Ion Roman,
asistent universitar

Catedra Stomatologie
Terapeutică, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Actualitatea temei

Păstrarea și menținerea vitalității pulpare este un privilegiu acordat medicului stomatolog. Pe parcursul evoluției științei stomatologice aplicarea materialului curativ asupra cavității pulpare expuse era considerată o aberație, fiind indicată terapia endodontică. Refuzul de a plasa o pastă curativă direct pe pulpa dentară într-un camp infectat, se bazează pe rezultate imprevizibile folosind materialele și protocoalele de tratament tradiționale. Mult mai mult decât atât, când produsele secundare bacteriene induc inflamația pulpară, sunt compromise răspunsurile immune și sunt împiedicate diferențierile celulare, astfel mecanismele de reparare nu sunt capabile să funcționeze în mod normal. Până în prezent cercetătorii nu au reușit să identifice o încredere în materialele non-rezorbabile bioactive în realizarea cuafajului direct care să stimuleze mecanismele de reparare celulară, de sigilare dentinară și care promovează formarea biologică și stabilă a podului de dentină. [1, 2, 3, 4]

Medicii stomatologi au folosit multe tehnici și biomateriale în realizarea cuafajului direct, printre care hidroxidul de calciu, rășini hidrofile, cimenturile ionomerice de sticlă, fosfații tetracalcici, și recent mineralul trioxid agregat. Alte tehnici inovatoare pentru a opri procesul carios și de inițiere a procesului reparator include folosirea laserului, tehnicilor ozonale, utilizarea agenților bioactivi pentru stimularea procesului defensiv pulpar. Succesul în realizarea cuafajului direct variază în dependență de materialul și tehnica folosită. După studiile în retrospectivă a medicilor stomatologi **George Bogen, DDS; Jay S. Kim, PhD; Leif K. Bakland, DDS din 2010** rata succesului poate varia de **30 la 85** de procente [4, 9, 13].

În anul **1966 Fusayama** și colegii săi au făcut un progres revoluționar în domeniul tratării cariilor dentare și protecția pulpară. Ei au fost primii care au demonstrat că stratul superior de două straturi distincte carioase poate fi colorat selectiv și că îndepărtarea celui superior ar permite conservarea și păstrarea vitalității pulpare când dinții sunt obturați folosind pe bază rășini și composite [16, 18].

În anul **1996 Matsuo** și colegii au evaluat factorii care afectează succesul cuafajului direct. Ei au realizat cuafajul direct în dinții cariati folosind detectorul de carii, 10% de sodium hipoclorit pentru hemostază și hidroxidul de calciu. Vârsta pacienților, dimensiunea expunerii, răspunsurile la percuți, locația dinților nu au avut nici o reflecție la rata de succes. Când hemostaza era realizată adecvat utilizând NaOCl de 10%, rata succesul a crescut evident. Astfel hemoragia necontrolată poate fi direct proporțională cu concentrația de mediatori inflamatori și gradul de presiune intrapulpar, care poate afecta realizarea unei hemostaze adecvate. Doctorul Nakanishi a raportat dovezi impunătoare că mediatorii inflamatori precum imunoglobulina G, imunoglobulina A, imunoglobulina M, elastaza, prostaglandina E2 sunt prezente în cazul inflamației pulpare în cantități majore [13, 18].

Hidroxidul de calciu a fost considerat unul dintre cele mai bune biomateriale pentru realizarea cuafajului direct el inducând formarea dentinei, dar studiile au arătat rezultatele pot fi imprevizibile. Hidroxidul de calciu nu oferă o adaptare etanșă către dentină, nu promovează consecvent diferențierea odontoblastică și a fost dovedit a fi citotoxic în culturile celulare, formarea dentinei reparatorie poate fi caracterizată prin „defectul de tunel“. Acest defect de tunel în cadrul formării podului de dentină poate fi calea de penetrare a microorganismelor și activarea a celulelor imunitare ceea ce duce la o iritare pulpară și producerea calcifierilor distrofice. [9, 12]

Cercetătorii care utilizează rășini hidrofile, cimenturi ionomerice din sticlă ca agenți ai cuafajului direct au raportat rezultate promițătoare în primare non-umane dar nu s-au stabilit rezultate previzibile atunci când acești agenți sunt utilizați la om. Cercetătorii utilizând modalități inventive pentru a testa alternative a materialelor pentru cuafaj de asemenea, nu au avut succes în stimularea reparatorie pulpare și vindecare în cazurile expunerilor carioase directe. [15, 16, 18]

Mineralul trioxid agregat este un ciment silicat bioactive care s-a dovedit a fi eficace pentru realizarea cuafajului. Materialul are succes din cauza dimensiunii particulelor mici, capacitatea de etanșare, pH-ul său alcalin când este stabilit și eliberare lentă de ioni de calciu. Cercetătorii au raportat că Mineralul trioxid agregat induce proliferarea celulelor pulpare, eliberare de citokine, formarea de țesut cu duritate foarte înaltă și sinteza unei interfețe cu dentina care seamănă cu hidroxiapatită în compoziție, acest gel solidificându-se într-o structură tare în mai puțin de trei ore (Fig. 1).

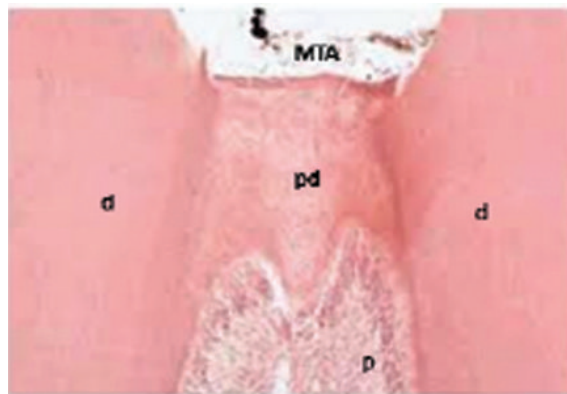


Fig. 1 Formarea punții dentinare uniforme, imagine histologică

Materialul este non-absorbabil, se întărește în prezența umidității, are un nivel relativ ridicat de rezistență la compresiune și susține un pH alcalin, cu particule hidrofile de silicat tricalcic, silicat dicalcic, aluminat tricalcic, sulfat de calciu, oxid de bismut pentru radio-opacitate. Nu există studii clinice la noi în țară care au combinat și evaluat utilizarea detectorilor de carii, NaOCl pentru hemostaza, mineralul trioxid pentru cuafaj, și aplicarea obturației permanente.

Scopul lucrării

Evaluarea eficacității utilizării agregatului mineral trioxid pentru a elabora un algoritm optim în tratamentul pulpitei acute de focar.

Material și metode

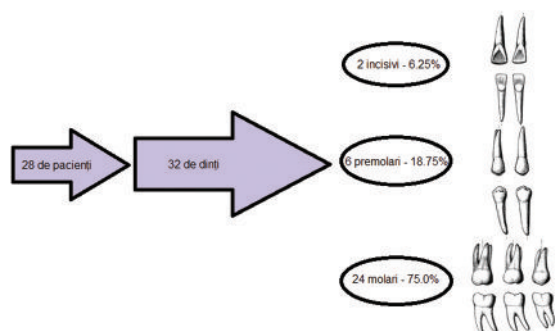


Fig. 2 Repartizarea cazurilor în dependență de dinții luați în studiu

Studiul a fost efectuat pe un lot de 28 de pacienți diagnosticați cu pulpită acută de focar, selectați în funcție de modul în care aceștia s-au adresat pentru îngrijiri medicale la Catedra Stomatologie Terapeutică USMF“ Nicolae Testemițanu“, dintre care 10 (35.71%) au fost de sex feminin, 18 (64.28%) de sex masculin, 7 fumători (25.0%) și 21 nefumători (75%), 2 pacienți (7.14%) în timpul tratamentului ortodontic, cu vârste cuprinse între 18 — 40 de ani. Pentru igienizare, îndepărtarea depunerilor moi și dure sub gingivale și supra gingivale a fost folosit detartrajul cu ultrasunet. Pentru îndepărtarea plăcii s-au folosit AIR FLOW cu praf de bicarbonat de sodiu în 14 (50.0%) cazuri, iar în 10 cazuri (35.71%) s-au folosit îndepărtarea plăcii dentare prin periaj profesional cu pastă“ Polident“. Pentru aprecierea vitalității pulpei dentare s-a folosit testele la „cald“ și la „rece“ la 6 pacienți (21.42%) și ca examen paraclinic electroodontometria (EOD) 28 pacienți (100%) și radiografia la toții pacienții (100%), pentru confirmarea diagnozei. Pentru aceștia s-a obținut înaintea tratamentului acordul scris. Dintre dinții aleși în studiu au fost: 24 de molari, 6 premolari și doi incisivi (Fig. II)

Criteriile de includere în studiu au fost:

- Dinții tineri, vitali, cu rădăcinile complet formate, afectați coronar prin carie ori traumatism;
- Coroana dintelui parțial afectată;
- Lipsa afecțiunilor parodontale.

Criteriile de excludere în studiu au fost:

- Prezența sensibilității la percuție în ax;
- Prezența mineralizărilor intrapulpare;
- Coroana dintelui afectată major fără posibilitatea restaurării.

Ulterior dinții au fost repartizați aleator în două grupuri, grupul I — de control alcătuit din 11 dinți la care s-a aplicat un material pe bază de hidroxid de calciu (Calcimol Voco). Grupul II — la care s-a aplicat mineralul trioxid agregat (Pro Root MTA dentsply) alcătuit din 21 dinți.

Tehnica de tratament s-a desfășurat conform procedurii standard de cuafaj direct. (Tab. 1)

Tab. 1 Protocolul procedurii standard de cuafaj direct

Protocolul operator	
Examenul radiologic	Hemostază și prelucrarea medicamentoasă
Igienizare cavitații bucale	Aplicarea obturației curative
Teste de vitalitate	Aplicarea obturației provizorii
Izolarea câmpului operator	Control
Prepararea cavitații	

După ce s-a efectuat anestezia loco-regională și s-a aplicat diga, s-a înlăturat smalțul afectat cu o freză diamantată de mare viteză, sub irigare abundentă. Pentru înlăturarea dentinei alterate restante am folosit excavatoare active, de dimensiuni corespunzătoare cavitații, sau freze sferice mari, la piesa contraunghi, cu viteză redusă. În fiecare caz, s-a realizat hemostaza irigând țesutul pulpar cu 2 ml de hipoclorit de sodiu 5% pentru aproximativ un minut. S-a îndepărtat cu ajutorul frezei sferice la turbină 2-3 mm din stratul superficial pulpar afectat. S-a evitat aplicarea unei presiuni pe marginile pulpei, pentru a nu zdrobi țesutul. După hemostază și antisepsizare cu o buletă sterilă îmbibată în hipoclorit de sodiu 5%, s-a plasat un strat din fiecare material de aproximativ 2 mm (amestecat conform recomandărilor producătorului) deasupra țesutului pulpar expus. În cazul mineralului trioxid agregat, s-a plasat o buletă umedă în cavitate, deasupra materialului, materialul fiind hidrofil și făcând priză — în aproximativ 4 ore de la aplicare — în mediu umed. Deasupra s-a aplicat un strat de ciment provizoriu (Fuji IX, GC). După 3-4 zile s-a verificat suprafața biomaterialului și s-a aplicat obturația definitivă, din material compozit Genial GC. Intervalele de monitorizare au fost la aproximativ 3, 6 și 12 luni, și am urmăritorele cazurile pentru cât mai mult timp posibil. Programările în cadrul monitorizării au inclus: evaluarea subiectivă, testarea pulpară termică și electrică, analiza percuției în ax, evaluare radiografică.

Am clasificat cazurile cu:

- „vindecat“ (V);
- „în curs de vindecare“ (CV) sau „afecțiune persistentă“ (AP).

Iar diagnosticul inițial l-am stabilit în urma unui protocol clinic, ale cărui rezultate le-am trecut într-un tabel, alături de datele individuale ale pacienților (Tab. 2)

S-a realizat în final analiza statistică pentru a evalua probabilitatea de vindecare a unui dinte după cuafajul direct, precum și un studiu statistic privind capacitatea reparativă a biomaterialului MTA comparativ cu cea a hidroxidului de calciu.

Tab. 2. Protocolul cazurilor clinice

Protocolul cazurilor clinice		
Vindecat V	În curs de vindecare	Afecțiune persistentă
Lipsa simptomatologiei dureroase	Lipsa simptomatologiei dureroase	Persistența simptomatologiei dureroase
Răspuns pozitiv la testele de vitalitate	Răspuns ușor modificat la testele de vitalitate față de dintele contralateral	Răspuns negativ la testele de vitalitate

Rezultate

Toate cazurile luate în studiu au fost evaluate la 3 și respectiv 6 luni. Din toate cele 28 de cazuri, 27 (96.4%) au fost diagnosticați cu pulpită acută de focar cauzat de evoluția procesului carios, 1 caz (3.6%) cu traumatism cu deschiderea camerei pulpare.

Din primul grup, dintre cei 11 dinți, 7 s-au vindecat complet, menținându-și vitalitatea, 1 a fost în curs de vindecare, 3 au fost cu fenomene dureroase asociate cu complicații periapicale, ei fiind ulterior tratați endodontic.

Din grupul doi, dintre cei 21 de dinți, 18 s-au vindecat complet, menținându-și vitalitatea, 1 a fost în curs de vindecare, 2 au fost cu fenomene dureroase asociate cu complicații periapicale, ei fiind ulterior tratați endodontic.

Concluzii

Diagnosticarea precoce și respectarea tuturor etapelor de trament este prerogativa de bază a medicului stomatolog ceea ce duce la creșterea ratei succesului. După o perioadă de monitorizare de 12 luni, mineral trioxidul agregat s-a dovedit foarte eficient în tratamentul pulpitelor acute de focar a dinților permanenți tineri, fiind materialul capabil să înlocuiască cu succes clasicul hidroxid de calciu în această situație, rezultatele obținute fiind luate ca exemplu. Comparând efectul în timp și manifestările clinice ale mineralului trioxid agregat, cu hidroxidul de calciu, am constatat statistic o diferență semnificativă atât între rata de depunere în timp a barierei de dentină, cât și a grosimii și radioopacității acesteia în favoarea MTA, comparativ cu hidroxidul de calciu. În urma efectuării unei proceduri clinice aseptice, după o înlăturare a contaminării bacteriene din complexul pulpo-dentinar, aplicarea unui pansament hidrofил și sigilarea ermetică coronară, există mari șanse ca pulpa, chiar inflamată aparent ireversibil, a unui dinte permanent

tânăr, să revină la statusul inițial și să-și exercite în continuare funcțiile dentino-formatoare, cu păstrarea vitalității pe termen lung.

Bibliografie

1. Tronstad L, Mjör IA. Capping of the inflamed pulp. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1972;34(3):477-485.
2. Langeland K. Management of the inflamed pulp associated with deep carious lesion. J Endod 1981;7(4):169-181.
3. Al-Hiyasat AS, Barrieshi-Nusair KM, Al-Omari MA. The radiographic outcomes of direct pulp-capping procedures performed by dental students: a retrospective study. JADA 2006;137(12):1699—1705.
4. Ward J. Vital pulp therapy in cariously exposed permanent teeth and its limitations. Aust Endod J 2002;28(1):29-37.
5. Moritz A, Schoop U, Goharkhay K, Sperr W. The CO2 laser as an aid in direct pulp capping. J Endod 1998;24(4):248-51.
6. Goldberg M, Six N, Decup F, et al. Bioactive molecules and the future of pulp therapy. Am J Dent 2003;16(1):66-76.
7. Dähnhardt JE, Jaeggi T, Lussi A. Treating open carious lesions in anxious children with ozone: a prospective controlled clinical study. Am. J. Dent 2006;19(5):267-70.
8. Hørsted P, Søndergaard B, Thylstrup A, El Attar K, Fejerskov O. A retrospective study of direct pulp capping with calcium hydroxide compounds. Endod Dent Traumatol 1985;1(1):29-34.
9. Baume LJ, Holz J. Long term clinical assessment of direct pulp capping. Int Dent J 1981;31(4):251-260.
10. Barthel CR, Rosenkranz B, Leuenberg A, Roulet JF. Pulp capping of carious exposures: treatment outcome after 5 and 10 years—a retrospective study. J Endod 2000;26(9):525-8.
11. Ausschill TM, Arweiler NB, Hellwig E, Zamani-Alaei A, Sculean A. Success rate of direct pulp capping with calcium hydroxide [in German]. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2003;113(9):946-952.
12. Hahn CL, Liewehr FR. Relationships between caries bacteria, host responses, and clinical signs and symptoms of pulpitis. J Endod 2007;33(3):213-219.
13. Fusayama T, Okuse K, Hosoda H. Relationship between hardness, discoloration, and microbial invasion in carious dentin. J Dent Res 1966;45(4):1033—1046.
14. Fusayama T, Kurosaki N. Structure and removal of carious dentin. Int Dent J 1972;22(3):401-411. Sato Y, Fusayama T. Removal of dentin guided by fuchsin staining. J Dent Res 1976;55(4):678-683.
15. Fusayama T. A Simple Pain-Free Adhesive Restorative System by Minimal Reduction and Total Etching. St. Louis: Ishiyaku EuroAmerica; 1993:6-72.

*Data prezentării: 10.03.2015
Recenzent: Gheorghe Nicolau*

XEROSTOMIA — „GURA USCATĂ“

PARTICULARITĂȚI CAUZALE, CLINICE ȘI TRATAMENT

Rezumat

Xerostomia sau „gura uscată“ este un **simptom**, deseori **primar**, prezent în cazul multor **boli locale și generale**. Diagnosticul acestei manifestări este dificil, iar tratamentul — anevoios din cauza **polietietologiei**.

În actualul studiu a fost efectuată analiza a 150 de pacienți cu simptomele „**gurii uscate**“, s-au evidențiat particularitățile cauzale, clinice și cele ale tratamentului xerostomiei.

Cuvinte-cheie: xerostomie, „gură uscată“, salivație, hiposalie și asalie.

Summary

XEROSTOMIA — „DRY MOUTH“ FEATURES CAUSAL CLINICAL AND TREATMENT

„Dry mouth“, is a **symptom**, often first, which is present in many **local and general diseases**.

Diagnosis of this event is difficult because of the etiology and treatment difficult.

In the current work was done analysis of 150 patients with „**dry mouth**“ symptoms or reveal peculiarities clinical causes and treatment of xerostomia.

Key words: Xerostomia, „dry mouth“, salivation, hiposalia and asalia.

Introducere. Generalități

Se știe că **gura** și buzele reprezintă „*poarta*“ pentru toate plăcerile omenești: mâncatul, băutul, degustările, vorbitul, sărutul etc.

Probabil, acesta și este motivul, pentru care oamenii au fost obsedați de buzele lor încă din antichitate, când foloseau diferite remedii pentru tratarea cavității orale, de la mirosuri neplăcute din gură până la dureri dentare.

Gura reprezintă, totodată, și „*poarta organismului*“, care unește mediul interior cu cel exterior. Aflându-se la intersecție, ea poate fi acționată de diverși factori nefavorabili, atât din mediul intern, cât și din mediul extern, deseori fiind acționată concomitent din ambele părți.

Acțiunea acestor factori poate provoca niște simptome de uscăciune în gură care creează disconfort sau chiar dureri. Starea dată se numește **Xerostomie, Hiposalie, Asalie**, iar în popor i se mai zice „**gură uscată**“.

„**Gura uscată**“ poate servi ca un **prim semnal** de îmbolnăvire a întregului organism, în urma careia se dereglează **funcțiile glandelor salivare principale** și accesorii (mari și mici), care sunt situate sub mucoasa orală. În astfel de cazuri secreția glandelor scade sau dispare. Această situație provoacă senzația de „**gură uscată**“, care, de atfel este o problemă relativ comună pentru mai mulți oameni și practic reprezintă un **element simptomatic în diverse tulburări generale sau locale**.

Senzații de „**gură uscată**“ mai des acuză femeile, deseori datorită particularităților lor fiziologice.

Se știe că cantitatea de salivă secretată variază între 1-1,5 l/zi. Pe lângă **umectarea gurii**, saliva posedă și alte proprietăți:

- ajută la digestie;
- umectează și formează bolul alimentar, asigură deglutiția normală;
- conține enzime;
- conține imunoglobuline;
- menține pH-ul salivar neutru;
- aduce Ca, P, care le fixează pe suprafața smalțului;
- posedă acțiune antiinflamatoare datorită enzimei lizozimul;
- favorizează autocurățarea cavității bucale.

Ana Eni,
conferențiar universitar
Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
orală și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“

Tamara Timošenco,
medic stomatolog,
categoria superioară
IMSP AMT „Botanica“

Olesea Zagorean,
medic stomatolog,
categoria superioară
IMSP „SCMS“

Irina Timošenco,
studentă
Facultatea Stomatologie
USMF „Nicolae
Testemițanu“

În lipsa sau micșorarea cantității de salivă toate funcțiile enumerate mai sus nu decurg normal și ca urmare pot apărea diverse complicații locale și generale.

1. Deoarece apar condiții favorabile pentru formarea intensivă a depunerilor dentare, moi și dure, ultimele, la rândul lor, conduc la apariția:

- gingivitei, parodontitei;
- glositei sau chiar stomatitei;
- candidozei;
- cariilor dentare - acute, explozive;
- nevrozei, insomniei;
- depresiei - în cazurile menținerii îndelungate a **xerostomiei**.

Complicațiile locale, la rândul lor, pot servi ca focare de infecție pentru alte organe interne.

Efectul „gurii uscate“ apare în zilele de vară caniculară ca rezultat al deshidratării organismului.

Frecvent senzații de „gură uscată“ apare la persoanele de vârstă înaintată ca o consecință a îmbolnăvirii și atrofiei celulelor glandelor salivare. Însă „gură uscată“ poate apărea la orice vârstă și provoacă diverse dificultăți de gust, de mestecat, înghițit, de a vorbi etc.

Senzațiile de „gură uscată“ pot apărea pentru un timp scurt în diferite situații: în intoxicațiile cu **alcool** și cu **diverse alimente consumate în abundență** la o petrecere, sau la persoanele care au emoții puternice în timpul examenelor, diferitor competiții, fiind la stomatolog etc.

Senzațiile „gurii uscate“ în cazurile enumerate nu provoacă mare deranj, deoarece într-o perioadă scurtă ele dispar. Dar există senzații de „gură uscată“ care se mențin vreme îndelungată, provocând neplăceri mari pacienților. În asemenea situații este necesară o adresare urgentă la medic, pentru a determina cauza.

În funcție de gradul expresivității senzațiilor de „gură uscată“, **xerostomia** se împarte în: **hiposalie** (micșorarea salivei) și **asalie** (dispariția salivei).

După durata menținerii simptomelor, **xerostomia** mai poate fi clasificată în 2 grupe: în **xerostomie temporară** și **xerostomie permanentă**.

1. **Xerostomia temporară** apare când simptomele se mențin 2-5 zile -cât durează starea care a provocat „gură uscată“ (intoxicație, diaree, febră, emoții).

Această formă a **xerostomiei** se manifestă prin:

- sete frecventă, care poate deranja somnul;
- disconfort în cavitatea bucală;
- senzație de „gură lipicioasă“;
- senzație de uscat în gât;
- gust amar — uneori;
- gust metalic;
- senzații de arsură sau furnicătură în special la nivelul limbii;
- limbă uscată, roșie sau albicioasă, sensibilă la condimente;
- limbă netedă cu papilele atrofiate;
- miros neplăcut din gură;
- jenă în vorbire, masticăție și deglutiție;
- buze uscate, deseori cu cruste.

2. **Xerostomia permanentă** durează luni, ani și este provocată de dereglări sistemice, serioase, profunde. În această formă toate simptomele enumerate mai sus sunt prezente, însă mult mai pronunțate și, de obicei, greu se supun tratamentului.

În așa cazuri pacienții acuză senzații de uscăciune pronunțată, profundă în gură, gât, buzele sunt roșii, crăpate și prezintă fisuri, eroziuni, preponderent la nivelul comisurii labiale, hiperemie totală a mucoasei orale, iar pe limbă apar ragade adânci. (fig. 1, 2, 3) În această formă de **xerostomie** limba este hiperemiată, mucoasa- subțire, uscată cu eroziuni și depapilări. Deseori această formă a **xerostomiei** se asociază cu **candidoza, afecțiuni parodontale, cu lichenul plan, lupusul eritematos**.

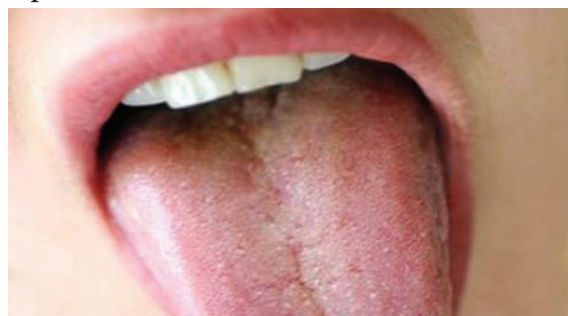


Fig.1 Hiperemie, limbă uscată, depuneri



Fig.2 Hiperemie totală a mucoasei orale, buzelor, crăpături pe limbă



Fig.3 Limbă uscată, ragade

Starea de „gură uscată“ persistă în permanență, pacienții devin nervoși, au insomnie, acuză dureri

chinuitoare, constante în gât și pe toată mucoasa orală. Pacienții cu greu se alimentează. Majoritatea dintre ei suferă de **carii multiple, explozive -indicele CPE este mărit**.

La pacienții cu „gura uscată“ deseori se modifică și **respirația**, care poate avea diferite variații de miros neplăcut și respingător. Ea poate fi prezentă permanent în cazul unor boli generale.

1. **Respirația cu miros de pește** poate fi observată când pacientul consumă suplimente alimentare pe bază de pește -omega3, dar poate apărea și la pacienții cu **probleme renale**.
2. **Respirația cu miros de fecale** (halenă fetidă) denotă prezența unor afecțiuni gastrointestinale—reflux gastroesofagian, ocluzie intestinală, bulimie, dar și despre unele **boli stomatologice**.
3. **Respirația de usturoi**, dacă acesta nu a fost consumat, indică o **intoxicație cu seleniu** care poate fi prezent în suplimentele alimentare, în alune, carne, fructe de mare și usturoi. În această situație mai pot fi prezente toate simptomele—carie, căderea părului, unghiilor, afecțiunea ochilor, simptome ale maladiilor renale.
4. **Respirația dulce** poate apărea din cauza conținutului **ridicat de acetona** în diabetul zaharat (se mai zice „acidoza diabetică“) -poate provoca comă.

Totodată, este necesar de a menționa că în 80% din cazuri respirația urâtă este determinată de starea cavității bucale.

Gradul de manifestare a xerostomiei se determină prin expresivitatea simptomelor, evidențindu-se 3 grade sau forme [5,6,7]:

- I. **Forma compensată (ușoară)** când simptomele „gurii uscate“ apar după o oboseală sau discuție, prelegere îndelungată. Clinic - mucoasa încă este umedă, salivă--puțină, spumoasă.
- II. **Forma parțial decompensată (moderată)** se caracterizează prin gură permanent uscată, pacienții greu mănâncă, greu vorbesc, mucoasa este slab umectată, roz-pală, lucește.
- III. **Forma decompensată (pronunțată)** -gură uscată permanent, dureri în timpul vorbirii, alimentării, sunt prezente glosite, stomatite, saliva lipsește, mucoasa este hiperemiată, uscată, apar zăbăluțe, parodontite, carii multiple, protezele mobile sunt dificil de purtat.

Care sunt posibilele cauze?

Diverse traume, intervenții chirurgicale, tumori, litiata glandelor salivare provoacă scăderea cantității salivare, dar nu pronunțat, deoarece are loc compensarea funcțiilor din contul altor glande salivare. Însă există **cauze** care blochează secreția la toate glandele salivare.

1. Peste 400 de medicamente pot provoca reacții adverse de „gură uscată“, așa ca: antidepresantele, antihistaminele, sedativele antihipertensivele, diureticele etc.

2. Infecțiile grave cu temperatură mai mare de 38°C.
3. Dereglările generale, așa ca:
 - avitaminozele A și PP;
 - sindromul Caugeret-Sjögren, sindromul Casten;
 - lupusul eritematos sistemic, LRP;
 - diabetul zaharat, bolile patului sangvin -preponderent anemiile, SIDA;
 - afecțiunile nervilor capului și gâtului;
 - artrita reumatică;
 - hipertensiunea arterială;
 - boala Parkinson, boala Alzheimer;
 - parotidita epidemică.
4. Efecte adverse ale tratamentelor cancerului la nivelul cap-gât (radio-chimioterapia) [11].
5. Stilul de viață - fumatul, cafeaua, alcoolul, narcoticile, ceaiurile tari, mâncărurile sărate ca: scrumbia, brânza de oi, murăturile (deoarece sarea reduce secreția salivei și provoacă hipertensiune vasculară sau intertisulară). În principiu, nu se recomandă de a folosi sare mai mult de 5-7 g/zi chiar persoanelor sănătoase.
6. **Xerostomia** poate apărea în urma deshidratării organismului (diaree patologică, arsuri, poliurie).
7. O altă cauză a „gurii uscate“ poate fi **sforăitul sau somnul cu gura deschisă**.
8. Unele modificări hormonale - graviditatea, diabetul gravidelor, menopauza.
9. **Xerostomia** mai poate apărea ca răspuns al dereglărilor sistemului nervos central sau periferic care a apărut în urma traumelor, intoxicațiilor sau stresurilor cronice și acute.

Este necesar de a menționa ca în formarea salivei organismul utilizează glucidele, de aceea în cazul insuficienței lor apare „gura uscată“ (diabetul zaharat, pancreatita).

Cele menționate mai sus servesc ca motiv atât pentru medicii **stomatologi**, cât și pentru medicii **generalști să cunoască simptomele și cauzele „gurii uscate“**, posibilele conexiuni cu dereglările generale, dar și cu diverse situații de viață, care pot provoca această senzație.

Scopul

Scopul acestei lucrări este de a studia și a evidenția **particularitățile cauzale și clinice ale xerostomiei** și de a alege **tratamentul optimal** în fiecare caz concret.

Material și metode

Ca material în studiul nostru au servit **pacienții care s-au adresat la catedră** pentru a primi consultațiile necesare, dar și **sursele de literatură** accesibile.

Ca metode au servit investigațiile clinice și de laborator necesare în fiecare caz, consultațiile și investigațiile efectuate de alți specialiști — interniști, endocrinologi, neuropatologi etc.

Pe parcursul activității noastre au fost consultați, examinați și tratați peste 150 de pacienți, preponde-

rent femei cu vârsta peste 40 de ani, care manifestau diverse simptome ale „**gurii uscate**“.

La 50 de pacineți simptomele „**gurii uscate**“ s-au manifestat pe fundalul diabetului zaharat de diverse tipuri și gravități. La majoritatea pacienților, pe lângă simptomele „**gurii uscate**“, mai erau prezente și simptomele afecțiunilor parodontale, stomatitei—catarale, erozive, alergice. Iar la 31 de pacienți, pe lângă simptomele sus-numite, s-au mai depistat și cele ale „stomatitei micotice“. Menționăm că la 15 pacienți **diabetul zaharat primar** s-a stabilit după investigațiile inițiate de noi. Unii pacienți chiar ne-au manifestat nemulțumiri.

Exemplu — o pacienta de 40 de ani, medic oculist, s-a adresat cu simptomele „**gurii uscate**“ și ale parodontitei. Tratamentul local inițial al parodontitei și ale „**gurii uscate**“ (2-3 vizite) n-a dat rezultatele dorite. De aceea pacienta a fost trimisă să efectueze analiza la zahăr. Peste 2 zile pacienta a venit cu **reproșuri**: „*Вот с вашей лёгкой руки у меня обнаружили сахар...*“.

La 30 de pacienți simptomele „**gurii uscate**“ s-au manifestat pe fundalul, lichenului roșu plan, la unii dintre ei erau prezente toate condițiile și simptomele „**galvanozei**“ (metale, oxidări, gust metalic, intoxicații, parodontite).

La 17 paciente cu vârsta între 60 și 80 de ani pe lângă simptomele „**gurii uscate**“ pronunțate, erau prezente simptomele glosalgiei și ale altor **deregări ale SNC și periferic (Parkinson, Alzheimer)**- arsuri în limbă, buze, parestezii din ambele părți ale limbii sau unilateral, nervozități, insomnie.

10 paciente - femei cu vârsta 40 și 60 de ani prezentau simptome de uscăciune pronunțate în limbă și buze mai mult de 1-2 ani. Deseori aveau dureri în mucoasa orală, gât, în timpul deglutiției. Până la urmă s-a constatat că pacientele suferă de boala hipertonică și de mulți ani utilizează preparate hipotensive.

7 paciente s-au prezentat cu sindromul Sj gren, care de asemenea au manifestat **uscăciune pronunțată** în cavitatea bucală cu disconfort, dureri, cruste pe buze.

E necesar să menționăm că la toți pacienții descriși, pe lângă simptomele „**gurii uscate**“, la examinarea minuțioasă a cavității bucale mai puteau fi depistate și alte patologii orale așa ca: **carii multiple, periodontite**, (rădăcini), **parodontite, stomatite — alergice, galvanice, micotice** etc. Totodată se știe că fiecare dintre aceste patologii stomatologice de sine stătător pot provoca senzații de **xerostomie**.

La mulți dintre pacienții menționați igiena orală era **nesatisfăcătoare**.

O altă grupă de pacienți (35) de asemenea au manifestat simptomele „**gurii uscate**“, dar cauzele nu au fost concretizate, deoarece din anamneză s-a constatat, că aceștia concomitent sufereau de mai multe boli - gastrointestinale, urologice, cardiace, neurologice.

În astfel de situații a fost necesară o examinare generală mult mai amplă, cu implicarea altor specialiști.

În timpul examinării primare a pacienților s-a depistat, că o parte dintre ei prezentau simptome per-

manente și pronunțate ale „**gurii uscate**“, iar altă grupă nu manifestau semne exprimate sau acestea puteau avea caractere și intensitate diferită. Acest fenomen se poate explica prin diverse motive **cauzale**:

- 1) Îmbunătățirea stării generale — în urma tratării bolilor generale sau diminuării acțiunii factorului cauzal (general sau local).
- 2) Anularea, schimbarea sau micșorarea dozelor medicamentelor utilizate de către pacient și care erau capabile să provoace simptomele „**gurii uscate**“.
- 3) Diminuarea stresurilor.
- 4) Modificarea modului de viață — dieta, limitarea sau excluderea alcoolului, fumatului etc.
- 5) Îmbunătățirea igienei orale.
- 6) Tratarea afecțiunilor stomatologice.

Diagnosticul Xerostomiei

Din cele menționate mai sus se poate observa că diagnosticul **xerostomiei** este foarte complicat, deoarece ea poate apărea în diverse **deregări locale, generale și concomitente**.

Diagnosticul s-a stabilit în baza **acuzelor**, mai ales a **anamnezei și datelor obiective**. În timpul consultării unui pacient, cu orice patologie, în fața medicului apărea formula din 3 întrebări: **Ce** (avem)? + **De ce** (a apărut)? = **Cum** (tratăm)? În această formulă cel mai dificil e de a răspunde la întrebarea: „**De ce** (a apărut)?“ Numai determinând cauza bolii, tratamentul va fi efectiv. În cazul „**gurii uscate**“, această formulă este și mai actuală și necesară. Se știe că nu în toate cazurile e posibil de a depista cauza. Și atunci sunt necesare diverse consultații și investigații ale altor specialiști, care ne vor ajuta să determinăm cel puțin direcția logicii noastre și a analizei clinice. Acest lucru se face împreună cu pacientul, deoarece el este cel mai informat despre boala sa.

Dacă cauza este depistată, atunci și tratamentul va da rezultatele dorite. Dar mai apar și alte situații, când cauza e depistată, dar înlăturarea ei e anevoioasă sau imposibilă (boală incurabilă, sau consecințele unor intervenții chirurgicale, preparate medicamentoase etc.).

Însă, indiferent de caz, medicul este dator să dea anumite sfaturi, să administreze niște metode sau preparate care ar ameliora suferințele pacienților.

Noi considerăm, că în toate cazurile, **indiferent** de diagnostic, pacientul **trebuie** să fie informat despre: **boala lui, cauzele apariției ei, complicațiile** care pot apărea în diverse situații, **metodele de tratament**. Neapărat, pacientul trebuie să cunoască **rolul său în tratament** [4].

Avicenna a spus: „Noi suntem trei: eu, tu și boala. Depinde de a cui parte tu vei fi! Dacă vei fi cu mine, noi vom învinge boala, dacă vei fi cu boala, ea ne va învinge!“

Vernadschii spunea: „*Nu sunt boli incurabile, exista lipsa de „cunoștințe“*“.

Aici am putea adăuga: **lipsa acțiunii, muncii pacientului**, el nu depune eforturi interne pentru a fi sănătos, unicul lucru ce face ordonat — **bea pastile**

— aceasta, însă, e puțin. Nu este suficient ca pacientul doar să dorească să fie sănătos, el trebuie **să vrea, să creadă, și să îndeplinească** tot ceea ce e necesar pentru a fi sănătos. Și aici el trebuie să înțeleagă, că toate, organele sunt legate între ele și niciunul nu poate exista fără altul, și că există un tratament **holistic, care tratează tot organismul, dar nu numai boala**.

De aceea și tratamentul va avea mai **multe direcții: cauzale, energetice, nutriționale, fizice, psihologice**. Și atunci apare o altă formulă — **Doresc + Muncesc = am Rezultat**.

Adică nu-i suficient să dorești să fii sănătos, trebuie să nu te **lenevești**, dar să **muncеști** și atunci vei abține rezultatul dorit.

În diagnosticul și tratamentul multor boli, dar mai ales al **xerostomiei**, totdeauna medicul trebuie să aibă dubii, adică să tindă spre necesitatea de a **verificate nenumărate ori corectitudinea deciziei luate**, deoarece nu toată informația deținută este completă, iar manifestările bolilor la fiecare pacient sunt diverse și individuale. De aceea și tratamentul acestei manifestări deseori va fi simptomatic sau incomplet, dar dacă se va implica și pacientul, îndeplinind formula descrisă mai sus, rezultatul nu se va lăsa mult așteptat.

Tratamentul

Din cele expuse mai sus, tratamentul **xerostomiei** trebuie să fie îndreptat spre înlăturarea cauzei. Când la pacienții noștri **cauza era clară**, se efectuau diverse măsuri pentru ca ea să fie înlăturată sau diminuată uneori cu concursul altor specialiști (boli generale), și astfel problema se rezolva.

Atunci când cauza avea caracter local, se realiza asanarea minuțioasă a cavității orale (tratamentul parodontitei, galvanozei, micozei, LRP etc.), se administra tratamentul complex în fiecare caz în parte și rezultatele apăreau la scurt timp.

Dacă, însă, cauza nu putea fi depistată sau înlăturată imediat, se recurgea la un tratament simptomatic, dar multilateral, care avea scopul de a:

- diminua deshidratarea locală și generală;
- stimula secreția salivară;
- efectua igiena corespunzătoare a pacientului;
- administra preparatele care vor stimula salivarea etc.

În continuare prezentăm toate direcțiile, **măsurile, metodele, mijloacele și preparatele** care au fost luate în considerare în tratamentul pacienților noștri, combinându-le cu date din literatura accesibilă la tema „**gură uscată**”.

1. Creșterea consumului de lichide -2 l de apă/zi.
2. Pacientul permanent trebuie să aibă o sticlă cu apă plată pentru umețirea gurii.
3. Se recomandă înlocuitori de salivă, care se vând „fără rețetă” sub formă de loțiuni, geluri și spray-uri. În componența acestor înlocuitori de salivă se află multe elemente ale salivei naturale (enzime și minerale). Înlocuitorii de salivă se utilizează de 2 ori pe zi (obligatoriu înainte de culcare).

4. Frecvent e necesară clătirea gurii cu apă atât ziua, cât și noaptea.
5. Din când în când se recomandă luarea a 5-6 picături de ulei de floarea-soarelui, olive, măcieș, cătină albă, etc.
6. Folosirea gumelor de mestecat și a bomboanelor fără zahăr — o metodă care stimulează secreția salivară destul de eficient. Totodată, menționăm că gumele se folosesc după masă și se mestecă 5-7 minute (utilizarea gumelor mai mult timp și pe stomacul gol poate provoca gastrită sau ulcer stomacal).
7. Utilizarea alimentelor care stimulează saliva -consumul legumelor și fructelor tari ca: mere, gutui, morcov, țelină etc. Însă alimentele care conțin zahăr trebuie excluse.
8. Asanarea cavității bucale — tratarea cariilor, parodontitelor etc.
9. Igiena minuțioasă a cavității orale — de 2 ori pe zi de a utiliza ața dentară, scobitorile, perițele interdente. De a atenționa pacientul ce paste să folosească (deoarece și unele dintre ele pot provoca „**gură uscată**”).
10. Prezentăm câteva paste care stimulează salivarea:
 - Pasta de dinți **Dentaid Xerox și apa de gură Dentaid Xerox** -e recomandată în cazul „gurii uscate” (stopează demineralizarea smalțului, protejează gingia, micșorează sensibilitatea, înlătură mirosul și stimulează salivarea).
 - Pasta **Xerostom** — stimulează productivitatea salivei datorită conținutului de betain (4%), previne respirația urâtă. Gelul **Xerostom** — substituent de salivă.
 - Pasta de dinți **Green-People** — are acțiune răcoritoare (mentă) antimicrobiană, spumă redusă și stimulează salivarea.
 - Pasta de dinți **Tooth Paste** este naturală-100%, potrivită pentru „gură uscată”, cu gust răcoritor, plăcut. Are acțiune antimicrobiană, antimicotică, spumă redusă, curăță bine.
 - Pasta de dinți **Tooth Paste Radiance și Eliminator** -produce o curățare perfectă, posedă acțiune antimicrobiană, antiinflamatoare, răcoritoare, stimulează salivarea.
11. Excluderea posibilă a fumatului, a consumului de alcool, droguri, cafea, ceaiuri tari.
12. Înlăturarea sau înlocuirea medicamentelor care pot provoca „**gură uscată**” (cu ajutorul medicului care le-a prescris).
13. Consultarea și tratarea pacientului la alți specialiști, pentru a depista și trata bolile generale.
14. Administrarea preparatelor care ar stimula secreția salivei (Pilocarpin 1%, de 3/zi, 6-8 picături — 10 zile, Galantamin, Prozerin, Tevimelein, Bioral, Bioton, Salagen, Salex — toate conform instrucțiunilor). Este necesar de-a

menționa că aceste preparate sunt contraindicate în cazul **astmului bronșic** [9, 10].

15. Soluția Galantamin — 0.5% 1 ml s.c. 30 de injecții, sau per os 1 ml înainte de masă — 30 de zile (nu se recomandă în sindromul Sjögren) [1,2,3].
16. Blocade cu soluție Novocain 0,5% — 8-10 blocaje — 40-50 ml în glanda parotidă.
17. A.M. Солнцев, Н.А. Колесов (1991) consideră că irigațiile abundente, gumele de mestecat fără zahăr, clătirile cu glicerină, soluții gelatinoase, badijonarea mucoasei cu uleiuri, grăsimi sunt remedii care în majoritatea cazurilor dau rezultate satisfăcătoare în **xerostomie**.
18. Unii autori consideră că rezultate bune se pot obține utilizând metode naturiste:
 - **Tinctură Jaborandi** 1/5, 3/zi — 25 de picături [9].
 - **Echinacein** — se obține din planta „Echinacea” și activează secreția glandelor salivare, îmbogățește cavitățile bucale. Se administrează 4-5 picături la un pahar de lichid. Dacă avem planta, este suficient de a ruga o bucătărică din rădăcina ei.
 - **Trandafir multiflorar** — 2 linguri — pe tale + 1 pahar de apă clocotită. Se bea în timpul zilei.
 - **Iohimbe** — se obține din coaja copacului cu același nume. Se vinde sub formă de extract. Se folosește cu precauție (este otrăvitor -având acțiune puternică, poate provoca intoxicație). Posedă proprietăți pronunțate de stimulare a salivei.
19. Folosirea gelului oral Balance.
20. Utilizarea diferitor soluții cu conținut de fluor pentru prevenirea cariei.
21. În cazurile când apar stomatita sau afecțiunile parodontale, se efectuează tratamentul acestora.

Concluzii

1. Senzația de „gură uscată” prezintă un simptom (sindrom) care poate apărea pe fundalul multor dereglări locale și generale.
2. Diagnosticarea **xerostomiei** este foarte anevoioasă și deseori necesită implicarea mai multor specialiști.
3. Tratamentul **xerostomiei** trebuie să fie **causal și complex**, cu cointeresarea și motivarea pacientului, dar și a medicului de familie, care ar direcționa corect pacientul pentru realizarea celor necesare.
4. Atunci când „gură uscată” se manifestă pe fundal general rolul stomatologului este de a efectua un tratament simptomatic.
5. Atunci când sunt prezente cauze sau consecințe locale, este necesar să se efectueze înlăturarea cauzelor sau tratarea afecțiunilor stomatologice prezente care mențin „gura uscată”.

Bibliografie

1. Аббакумов С.А., Аллилуев И.П. //Терапевтический архив, 1971, №3-с.16-19.
2. Афанасиев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы. М.Гэогар . Мндия 2012, с. 296.
3. Васильев Г.А., Ромачева И.Ф, Кац А.Г., Фролова А.Т., Лечение ксеростомии галантамином //Стоматология, 1972, т.51, №2 — с.42-45.
4. Норбеков М. Опыты дурака или ключ к прозрению, 2002.
5. Ромачева И.Ф., Хахалкина Л.К. Клиника и лечение ксеростомии. //Стоматология, 1965, №3 -с.20-25.
6. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. М., Медицина, 1987.
7. Симонова М.В. Болезнь и синдром Шегрена. Клиника, диагностика, лечение поражений слюнных желез и полости рта. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1982. — 24 с.
8. Солнцев А.М. и соавт. Заболевания слюнных желез. Киев, Здоровья, 1991.
9. Тимоșca G., Burlibașca C. Chirurgie buco-maxilo-facială, 1992, p. 457.
10. Хахалкина Л.К. Клиника и лечение ксеростомии. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1966. — 24 с.
11. Beer K..T. Терапия радиационно-индуцированной ксеростомии. Ther-Umsch. 1998, 55 (7) 453-5.

Data prezentării: 04.02.2015

Recenzent: Valeriu Burlacu

PERICORONARITELE ACUTE.

ASPECTE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ȘI DE TRATAMENT

Rezumat

Scopul studiului a fost de a determina frecvența proceselor inflamatorii cauzate de molarii de minte și de a ameliora eficacitatea asistenței medicale pacienților cu pericoronarite acute prin optimizarea metodelor de tratament. Pentru analiza morbidității pacienților cu complicații cauzate de molarul de minte au fost studiate fișele medicale a 1379 de pacienți spitalizați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială pe parcursul anului 2013. Deasemenea, în studiu au fost incluși 18 pacienți cu pericoronarită acută, tratați în 2 etape. În faza acută a procesului inflamator a fost administrat tratament antimicrobian, antiinflamator, apoi la a 2-a, a 3-a zi de tratament — extracția dintelui cauzal. A fost demonstrat că frecvența proceselor inflamatorii cauzate de molarii de minte a constituit 16% din numărul total de pacienți (1379) spitalizați. Administrarea preoperatorie a tratamentului medicamentos contribuie la ameliorarea fenomenelor inflamatorii. Extracția la „rece“ a molarilor 3 comportă în sine un grad înalt de siguranță, manifestată prin micșorarea riscului de apariție a complicațiilor inflamatorii.

Cuvinte cheie: pericoronarită, extracție dentară, proces inflamator, tratament, profilaxie.

Summary

ACUTE PERICORONITIS. CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL AND THERAPEUTICAL ASPECTS

The purpose of the study was to determine the frequency of inflammatory processes caused by wisdom teeth and to improve the effectiveness of healthcare to patients with acute pericoronitis by optimizing the treatment methods. To analyze the morbidity of the patients with complications caused by molar teeth, there were studied medical records of 1379 patients hospitalized in the department of oral and maxillofacial surgery during 2013. Also, the study included 18 patients with acute pericoronitis treated in 2 steps. In the acute phase of the inflammatory process the antimicrobial and anti-inflammatory treatment was administered, then the causative tooth was extracted on the 2nd and 3rd day of treatment. It was shown that the frequency of inflammatory processes caused by wisdom teeth constituted 16% of the total number of hospitalized patients (1379). Preoperative administration of the medicamentous treatment helps to ameliorate inflammatory phenomena. „Cold“ extraction of the third molars involves a high degree of safety, determining the decrease of the risk of inflammatory complications.

Key words: pericoronitis, dental extraction, inflammatory process, treatment, prophylaxis.

Introducere

Accidentele și complicațiile provocate de incluzia molarului de minte au o importanță deosebită pentru medicul stomatolog atât prin problemele clinico-terapeutice pe care le ridică, cât și prin faptul că apar frecvent la persoanele tinere [1,2,3,4,5]. Accidentele legate de molarul de minte inferior se întâlnesc mai frecvent între 17 și 25 de ani [1,2,4,5], dar ele pot fi semnalate la orice vârstă [1]. Conform unor estimări [2], frecvența patologiei molarului de minte este semnificativă, constituind 56%. În 17,7% cazuri molarul de minte este cauza principală a diferitor procese inflamatorii din teritoriul oro-maxilo-facial [6], iar conform altor opinii [7] — în 23,64% cazuri. Mai mult ca atât, incidența complicațiile

Oleg Zănoagă,
dr.șt.med., asist.univ.

Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Gușan“ USMF „Nicolae
Testemițanu“

Simion Climenco,
medic rezident

USMF „Nicolae
Testemițanu“

septice grave cu punct de plecare de la molarul de minte constituie 2,5% [6]. Acestea din urmă, prin tratamentul său și perioada îndelungată de reabilitare, au impact negativ și asupra sferei psiho-emoționale a pacienților.

În ultimii ani, în literatura de specialitate se observă un deosebit interes față de studierea metodelor de tratament și a complicațiilor provocate de erupția dificilă, retenția sau distopia molarului de minte [2,6,8,9]. Acest fapt se explică prin creșterea numărului de pacienți cu procese inflamatorii de la dinții de minte, lipsa unui algoritm de conduită al acestor pacienți. Astfel, necesitatea unui studiu, vizând posibilitățile metodelor de tratament ale pacienților cu patologia molarului de minte este dictată și de multiplele lacune sau controversate în literatura de specialitate.

Așadar, datorită aspectelor complexe pe care le impune patologia molarului de minte în practica stomatologică, considerăm că realizarea acestui studiu este de o reală importanță și de mare actualitate.

Scopul studiului — de a determina frecvența proceselor inflamatorii cauzate de molarii de minte și de a ameliora eficacitatea asistenței medicale pacienților cu pericoronarite acute prin optimizarea metodelor de tratament.

Material și metode

Pentru analiza clinico-epidemiologică a morbidității pacienților cu complicații cauzate de molarul de minte au fost studiate fișele medicale a 1379 de pacienți spitalizați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială (OMF) a Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență (CNȘPMU) din or. Chișinău pe parcursul anului 2013.

Pentru analiza eficacității tratamentului pericoronaritei acute și pentru stabilirea conduitei de tratament au fost examinați și tratați 18 pacienți cu pericoronarită.

Examenul clinic s-a efectuat conform metodelor tradiționale de examinare a pacienților. După examenul clinico-imagistic (ortopantomografic) a fost întocmit planul de tratament. Așadar, tratamentul pacienților cu pericoronarită acută a fost efectuat în 2 etape. La I etapă (în faza acută a procesului inflamator) a fost administrat un tratament medicamentos complex: antimicrobian (Tab. Augmentin 1,0; câte 1 p. de 2 ori/zi); antiinflamator (Tab. Aksen Fort 550 mg N.10, câte 1 p. de 2 ori/zi); hiposensibilizant (Tab. Citerizină 10 mg; câte 1 pastilă/zi); antifungic (Tab. Fluconazol 150 mg Nr.1). La a 2-a, a 3-a zi de tratament medicamentos (la retrocedarea fenomenelor inflamatorii) urma a II-a etapă: tratamentul radical (extracția dintelui causal). Protocolul chirurgical aplicat în toate cazurile a vizat minimalizarea traumatismului operator, atât asupra suportului osos, cât și asupra țesuturilor moi.

Pentru colectarea datelor au fost create fișiere de tip „bază de date“, în care au fost introduși toți para-

metrii luați în considerare pentru a fi studiați. Pentru stocarea, analiza și redarea datelor s-a utilizat componentele Word, Excel și Power Point a pachetului de programare Microsoft Office 2007 Professional.

Rezultate și discuții

Pe parcursul anului 2013 în secția de chirurgie OMF a CNȘPMU au fost spitalizați 1379 de pacienți, dintre care 220 (16%) au fost cu procese inflamatorii cauzate de molarii de minte (Figura 1).

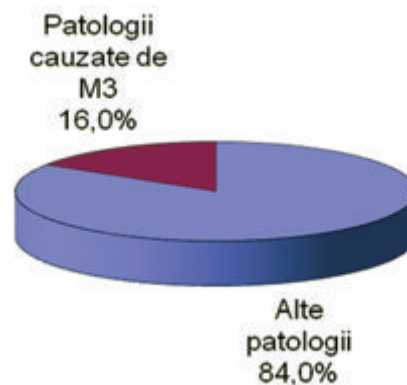


Fig.1. Frecvența proceselor inflamatorii cauzate de molarii de minte (%) la pacienții spitalizați în secția de chirurgie OMF a CNȘPMU în anul 2013

Din cei 220 de pacienți internați cu procese inflamatorii cauzate de molarii de minte, 114 au fost bărbați (57,1%) și 106 — femei (42,9%). Vârsta celor 220 de pacienți a fost cuprinsă între 18 și 82 de ani, constituind în medie 25,7 ani. Mai frecvent au fost afectate persoanele cu vârsta cuprinsă între 18-29 de ani (61 femei, 54 bărbați), apoi persoanele cu vârsta cuprinsă între 30-39 de ani (22 femei, 21 bărbați), între 40-49 de ani (19 bărbați, 14 femei). Cel mai rar au fost afectați bărbații cu vârsta cuprinsă între 50-59 de ani (10 pacienți), urmați de cei cu vârsta peste 60 de ani (8 pacienți), iar foarte rar s-au dovedit a fi femeile cu vârsta de peste 60 de ani (6 pacienți), femeile cuprinse între 50-59 de ani au fost doar 4 pacienți (Figura 2).

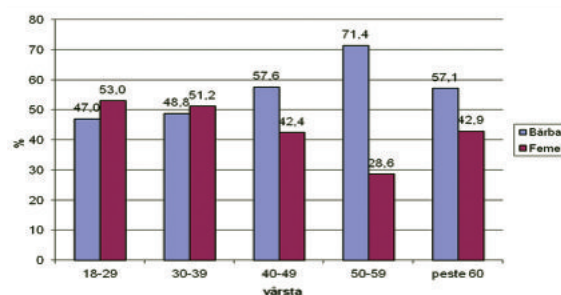


Fig.2. Frecvența pacienților internați cu procese inflamatorii cauzate de molarii de minte în funcție de gen și vârstă (%)

Pentru analiza eficacității tratamentului pericoronaritei acute și pentru stabilirea conduitei de tratament au fost examinați și tratați 18 pacienți cu pericoronarită. Vârsta medie a acestor pacienți a

constituit 25,3 ani cu predominarea genului feminin (83,3%). Pericoronarita acută seroasă a fost diagnosticată la 16 pacienți (în 89,9% cazuri), iar cea purulentă — la 2 (11,1% cazuri) (Figura 3).

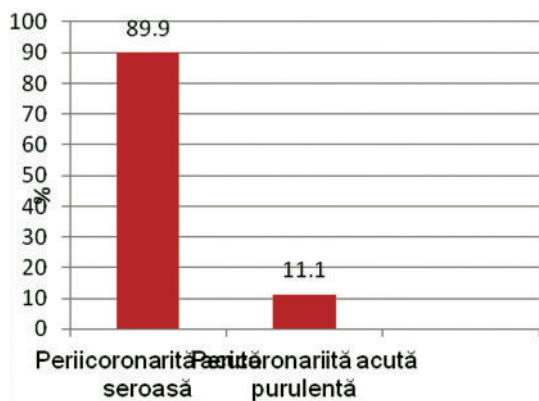


Fig.3. Frecvența pacienților cu pericoronarită acută (%)

În urma tratamentului administrat (în 2 etape) perioada postoperatorie a decurs fără complicații inflamatorii. Mai mult ca atât, la a a 2-a, a 3-a zi de tratament medicamentos, în urma examenului clinic al pacienților cu pericoronarită, s-a constatat o remitere a fenomenelor inflamatorii. Astfel, în aceste condiții, extracția molarilor de minte a fost efectuată la „rece”. Prin acest procedeu s-a micșorat riscul eventual de apariție a complicațiilor septice postextractionale sau de extindere a procesului inflamator în spațiile anatomice din vecinătate.

Este necesar de remarcat că alegerea metodei optime de tratament pacienților cu patologia molarului de minte continuă și astăzi să constituie subiectul multiplelor dezbateri științifice [2,6,10]. Astfel, conform unor opinii [10], extracția dintelui în retenție care nu a provocat careva schimbări patologice locale sau generale nu trebuie să fie efectuată. Alți autori [citat din 2], menționează faptul că extracția dintelui retinat este indicată, dacă nu există contraindicații, deoarece cu înaintarea în vârstă aceste extracții devin mai complicate. M. Kunkel și coaut. (2007) [11] recomandă efectuarea extracțiilor profilactice ale molarilor de minte, deoarece, conform studiilor efectuate, complicațiile în urma extracțiilor profilactice constituie doar 27%. În această ordine de idei, considerăm binevenită efectuarea extracțiilor la „rece” a molarului 3 la pacienții cu pericoronarită acută, ceea ce va contribui la micșorarea riscului de apariție a complicațiilor septice. În același timp menționăm că pentru a reduce intensitatea sindromului algic și

gradul de răspandire a edemului postoperator recomandăm efectuarea extracțiilor atipice a molarilor de minte prin tehnici minimal invazive.

Concluzii

1. Frecvența proceselor inflamatorii cauzate de molarul de minte a constituit 16% din numărul total de pacienți (1379) spitalizați în secția chirurgie OMF a CNȘPMU pe parcursul anului 2013.
2. Administrarea preoperatorie a tratamentului medicamentos contribuie la ameliorarea fenomenelor inflamatorii (micșorarea edemului și a hiperemiei mucoasei retromolare).
3. Extracția la „rece” a molarilor 3 comportă în sine un grad înalt de siguranță, manifestată prin micșorarea riscului de apariție a complicațiilor postextractionale.

Bibliografie

1. Burlibașa C., Chirurgie orală și maxilo-facială, Editura Medicală, București, 2007, 1312 p.
2. Sirbu D., Glinschi V., Naghibeda M., Mighic A. „Molarul de minte: considerații și discrepante în practica de ambulator”, Medicina Stomatologică, Nr. 3 (24), 2012, pp. 86-89.
3. Șcerbatiuc D. „Tratamentul bolnavilor cu abcese și flegmoane a regiunii maxilo-faciale și preîntâmpinarea complicațiilor”, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Vol. III, 2002, pp. 343-346.
4. Rusu N., Курс лекций по воспалительным процессам, локализованным в челюстно-лицевой области, Medicina, Chișinău, 2012, 71 p.
5. Тимофеев А.А., Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, Червона Рута-Турпе, Киев, 2002, 1024 с.
6. Sirbu D., Glinschi T., Naghibeda M., Mighic A. „Molarul de minte: atitudine și conduită”, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Vol. 4, ediția a XIII-a, 2012, pp. 454-459.
7. Stoica I., Ababii S., Covalciuc N. „Procesele inflamatorii odontogene ale regiunii omf, aspecte statistice”, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Vol. III, ediția a IV-a, 2003, pp. 376-380.
8. Nastas L., Popovici T. „Pericoronarita-complicație a patologiei de erupție a molarului de minte”, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Vol. IV, ediția a VI-a, 2005, pp. 677-679.
9. Nastas L., Susarenco D. „Pericoronarita acută. Etiologia, tabloul clinic, diagnostic, metodele de tratament”, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Vol. IV, ediția a XIV-a, 2013, pp. 501-504.
10. Șcerbatiuc D., Bicer C. „Extracția atipică a dintelui de minte inferior în cazul accidentelor de erupție”, Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Vol. III, 2007, pp. 10.
11. Kunkel M., Kleis W., Morbach T., Wagner W. „Severe Third Molar Complications Including Death — Lessons from 100 Cases Requiring Hospitalization”, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 65(9), 2007, pp. 1700—1706.

Data prezentării: 22.01.2015
Recenzent: Nicolae Chele

OPTIMIZAREA METODELOR DE TRATAMENT AL ALVEOLITELOR POSTEXTRAȚIONALE DENTARE

Oleg Zănoagă,
dr.șt.med., asist.univ.

Catedra Chirurgie
OMF, Implantologie
și Stomatologie
Terapeutică „Arsenie
Guțan“, USMF „Nicolae
Testemițanu“

Rezumat

Scopul studiului a fost de a determina frecvența, factorii etiologici implicați în apariția alveolitei și de a ameliora eficacitatea asistenței medicale acordată acestor pacienți prin optimizarea metodelor de tratament. În studiu au fost incluși 241 de pacienți supuși extracțiilor dentare, dintre care în 8 cazuri a fost stabilit diagnosticul de alveolită postextrațională dentară. Tratamentul aplicat acestor pacienți a inclus îndepărtarea conținutului din alveolă, lavajul alveolei cu soluții antiseptice, urmat de chiuretajul miniinvaziv al pereților alveolari până la apariția sângerării. În rezultat s-a constatat o incidență a alveolitei de 3,3%, frecvență mare la femei (75%), localizare la mandibulă în 87% cazuri și o incidență crescută (87%) a formei umede. Analiza factorilor etiopatogenetici implicați în apariția alveolitelor a evidențiat o predominare a factorului traumatic (62,5%). Metoda propusă de tratament comportă în sine un grad înalt de siguranță, manifestată prin prezența efectului biologic, economic și ergonomic.

Cuvinte cheie: extracție dentară, alveolită, tratament.

Summary

OPTIMIZATION OF THE METHODS OF TREATMENT OF DENTAL POSTEXTRACTIONAL ALVEOLITIS

The purpose of the study was to determine the frequency and etiologic factors involved in the development of alveolitis and to improve the effectiveness of healthcare provided to these patients by optimizing the treatment methods. The study included 241 patients undergoing dental extractions, of which 8 cases were diagnosed with postextraCTIONAL dental alveolitis. The treatment applied to these patients included the removal of the contents from the alveolus and alveolar lavage with antiseptic solutions, followed by minimally invasive curettage of the alveolar walls until bleeding occurs. As a result, the incidence of alveolitis constituted 3,3%; a high frequency being recorded in women (75%). Location of alveolitis in the mandible was recorded in 87% of cases and an increased incidence of the wet form accounted for 87%. Analysis of the etiopathogenic factors involved in the development of alveolitis showed a predominance of the traumatic factor (62,5%). The proposed method of treatment involves a high degree of safety, evidenced by the presence of biological, economic and ergonomic effect.

Key words: tooth extraction, alveolitis, treatment.

Introducere

Una dintre cele mai frecvente intervenții practicate în chirurgia orală este extracția dentară [1]. Imediat postextrațional alveola se umple cu sânge, fenomen considerat drept o evoluție benefică a intervenției [2]. Sângele apărut servește drept substrat pentru formarea cheagului sangvin, care îndeplinește funcțiile hemostatică, protectoare (fiind o barieră biologică împotriva agresiunilor microbiene din mediul bucal) și plastică (servește ca matrice pentru țesuturi care închide plaga postoperatorie) [1,2]. Astfel, elementul primar prin care începe procesul de vindecare a unei plăgi postextraționale este cheagul sangvin [3]. Însă, în unele circumstanțe, formarea cheagului sangvin este urmată de necroza sau pierderea prematură a sa, fenomen care denotă instalarea unei alveolite postextraționale. Conform datelor din literatura de specialitate, incidența alveolitei variază de la 0,5 până la 5% dintre toate complicațiile extracției dentare [4,5]. Din toate alveolitele postextraționale, în 30-38% cazuri este implicat molarul 3 mandibular [4,5].

În mecanismul de producere a alveolitei intervin diverși factori locali și/sau generali, care favorizează infectarea conținutului alveolei și a pereților osoși [3]. Deși au fost efectuate numeroase studii cu referință la etiopatogenia alveolitei, unele aspecte până în prezent nu sunt elucidate în literatură. Astfel, rămâne încă deschisă și astăzi o întrebare care nu a reușit să explice de ce numai anumiți pacienți instalează alveolite post-extracționale, în alveole selectate, în condițiile respectării indicațiilor operatorii, ale regurilor de aseptie și antisepsie, ale unor tehnici corecte intraoperatorii și de îngrijiri ulterioare.

Caracteristicile alveolitei postextracționale constau în faptul că manifestarea clinică este precoce, foarte dureroasă. Halitoza puternică și gustul extrem de neplăcut crează un mare disconfort pacientului. Prin urmare, alveolita, prin dramatismul desfășurării ei, are un impact negativ și asupra sferei psiho-emoționale a acestor pacienți.

Deși alveolita postextracțională este o problemă mult abordată în literatură, începând de la prima ei descriere în anul 1896, urmată de nenumărate publicații ea rămâne și astăzi o preocupare atât pentru medicii stomatologi generaliști cât și pentru chirurgii dento-alveolari, maxilo-faciali. La momentul actual sunt cunoscute numeroase tehnici de profilaxie și tratament al alveolitei. În acest context au fost propuse diverse procedee începând cu managementul perturbărilor în activitatea fibrinolică a cheagului alveolar, urmând clătiri cu soluții antiseptice, utilizarea antibioticelor intraalveolare sub formă de conuri, paste, pulberi, a diferitor substanțe cu rol antiseptic, cicatrizant (granule de acid polilactic, bureți de gelatină, pastă de colagen, acid tranexamic, etc.) [1]. Pentru stimularea reactivității locale unii autori [3] recomandă utilizarea agenților fizici (raze Rontgen, infraroșii, laser cu acțiune antiinflamatorie), polivitamine (B1, C). În pofida faptului că în prezent sunt cunoscute multiple metode noi de tratament a alveolitei, această problemă nu și-a pierdut actualitatea sa. Aceasta și explică dificultățile ce apar uneori în realizarea tratamentului alveolitei postextracționale.

Scopul studiului — de a determina frecvența, factorii etiologici implicați în apariția alveolitei post-extracționale dentare și de a ameliora eficacitatea asistenței medicale acordată acestor pacienți prin optimizarea metodelor de tratament.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului trasat în cadrul studiului respectiv au fost analizate fișele de observație a 241 de pacienți supuși extracțiilor dentare în perioada anilor 2013—2014 în cadrul Clinicii Stomatologice S.R.L. „Astralis”.

Examenul clinic s-a efectuat conform metodelor tradiționale de examinare a pacienților. Din metodele paraclinice de examinare a fost utilizată radiografia retroalveolară și ortopantomografia (la necesitate). Tratamentul aplicat pacienților cu alveolită postextracțională dentară a inclus: îndepărtarea conținutu-

lui din alveolă (cheag infectat, corpi străini, porțiuni de os necrozat, țesut de granulație); lavajul alveolei cu soluții slab antiseptice (apă oxigenată, furacilină); chiuretajul miniinvaziv (prin mișcări blânde) al pereților alveolari până la apariția sângerării. Tratamentul general medicamentos a constat în administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene (Tab. Aksen Fort 550 mg N.10, câte 1 p. de 2 ori/zi, timp de 5 zile).

Pentru stocarea, analiza și redarea datelor s-a utilizat componentele Word, Excel și Power Point a pachetului de programare Microsoft Office 2007 Professional.

Rezultate și discuții

Din 241 de extracții dentare efectuate, în perioada postoperatorie, la 8 pacienți a fost stabilit diagnosticul de alveolită postextracțională dentară, ceea ce a constituit 3,3% din numărul total (241) de extracții dentare. În figura 1 este reprezentată frecvența alveolitelor postextracționale în perioada de referință.

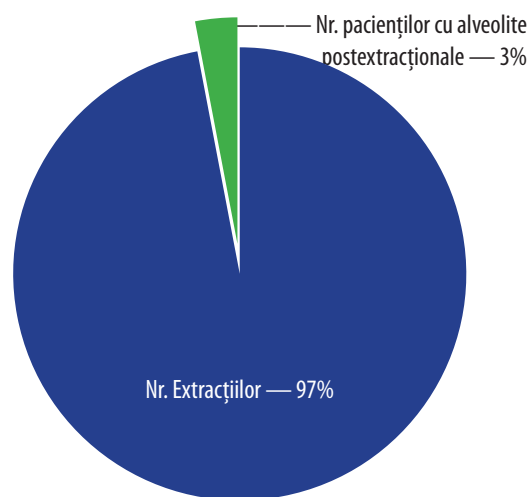


Fig.1. Frecvența alveolitelor postextracționale dentare

Astfel, constatăm că incidența alveolitei în cadrul studiului respectiv (3,3%) a coincis cu limitele descrise în literatura de specialitate (0,5-5%) și de către alți autori [4,5].

Din cei 8 pacienți cu alveolită postextracțională, majoritatea au fost femei (6) versus bărbați (2). În următoarea figură (Figura 2) este reprezentată structura pacienților cu alveolită postextracțională în funcție de gen (%).

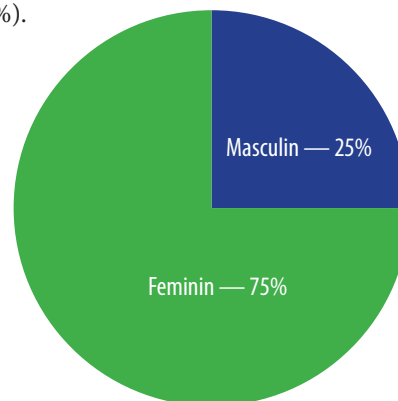


Fig.2. Structura pacienților cu alveolită postextracțională în funcție de gen (%)

Astfel, constatăm că frecvența alveolitei este mai mare la femei. Este necesar de remarcat, că toți pacienții au fost persoane potențial apte de muncă, cu vârstă cuprinsă între 24 și 53 de ani, constituind în medie 38,8 ani.

Din cei 8 pacienți incluși în studiu, în 7 cazuri a fost înregistrată alveolita umedă și doar un pacient a prezentat forma uscată (dry socket) (Figura 3).

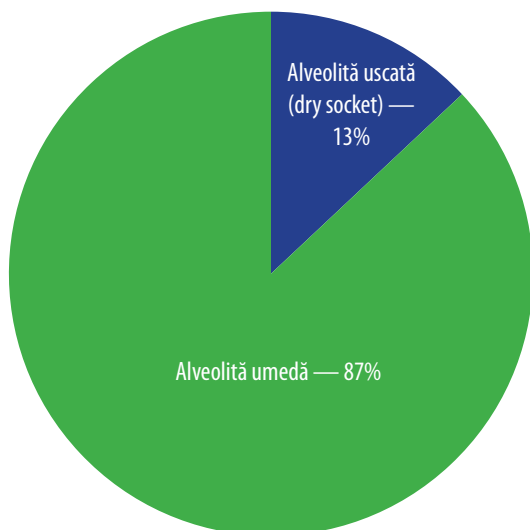


Fig.3. Structura pacienților cu alveolită în funcție de forma anatomică

În dependență de localizarea procesului patologic, s-a constatat faptul că cel mai frecvent alveolita postextractională s-a localizat la mandibulă (87%) (Figura 4).

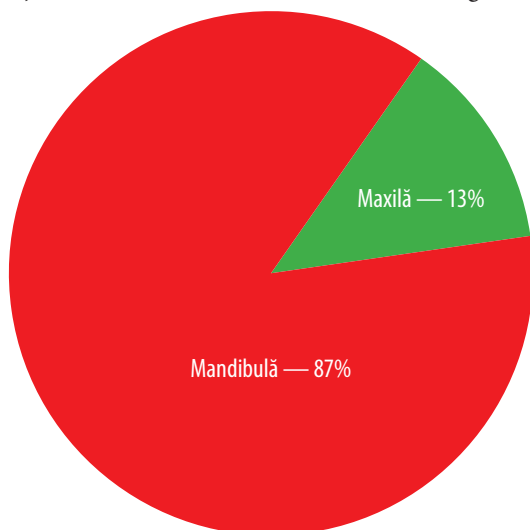


Fig.4. Structura pacienților cu alveolită în funcție de localizare

Este necesar de remarcat, că după extracția molarilor alveolita a fost înregistrată în 7 cazuri, prioritate fiind acordată molarilor doi (3 cazuri), urmate de molarii 1 (2 cazuri) și 3 (2 cazuri). Aceasta, probabil, poate fi lămurit prin extracția mai frecventă a acestor dinți și prin incidența crescută a extracțiilor atipice în regiunea respectivă. Mai mult ca atât, este știut că extracțiile traumatizante determină mai frecvent alveolita postextractională decât dinții extrași prin traumă minimală. Traumatismele reduc rezistența tisulară,

facilitând infecția. La un pacient alveolita a apărut după extracția premolarului 2.

Din cei 8 pacienți incluși în studiu, în 5 cazuri alveolita a apărut ca urmare a extracțiilor dentare atipice, iar la 3 — în urma extracțiilor tipice. În urma anamnezei și examenului clinic, la toți pacienții starea generală a fost satisfăcătoare, iar patologii de ordin general, care eventual ar putea favoriza infectarea alveolei, nu au fost depistate. Astfel, putem presupune că în 5 cazuri alveolita a apărut ca urmare a tulburările vasomotorii loco-regionale, provocate de traumatismul operator, care, acționând asupra terminațiilor nervoase, produce pe cale reflexă un spasm vascular, cu apariția unor tulburări de metabolism la nivelul osului alveolar. La cei 3 pacienți, la care alveolita a apărut în urma extracțiilor dentare tipice, factorii favorizanți nu au fost depistați. Putem presupune însă că în aceste cazuri un rol important în infectarea plăgii postextractionale la jucat factorul microbial, adică bacteriile prezente în flora orală normală.

În urma procedurilor efectuate la pacienții incluși în studiu alveola s-a umplut cu sânge, care a servit drept substrat pentru formarea cheagului sangvin. În rezultat, prin metoda respectivă, noi am stimulat apariția sângelui în alveolă, adică am creat condiții biologice de vindecare a plăgii postextractionale. În același timp, este necesar de menționat că tratamentul general aplicat a fost doar simptomatic (Tab. Aksen Fort 550 mg N.10: câte 1 pastilă de 2 ori/zi, timp de 5 zile). Luând în considerație efectele adverse ale antibioticelor (crearea florei rezistente, perturbarea florei bacteriene intestinale, scăderea imunității prin distrugerea bacteriilor probiotice etc.), administrarea acestora la pacienții incluși în studiu nu a fost justificată. Mai mult ca atât, conform unor opinii [1,6], administrarea sistemică a antibioticelor în scop profilactic trebuie rezervată.

Așadar, metoda propusă de tratament al alveolitei postextractionale dentare are următoarele avantaje:

- Este o metodă fiziologică, ce permite formarea cheagului sangvin, favorizând vindecarea plăgii postextractionale dentare;
- Este eficientă, fără administrarea sistemică a antibioticelor, micșorând riscul de apariție a diverselor efecte secundare (crearea florei rezistente, perturbarea florei bacteriene intestinale, scăderea imunității prin distrugerea bacteriilor probiotice etc.);
- Este minimal invazivă;
- În urma utilizării metodei, în alveolă nu rămân produse reziduale sau corpi străini, care eventual ar putea influența vindecarea plăgii postextractionale dentare;
- Tehnica de efectuare este simplă și, prin urmare, poate fi efectuată de orice medic fără o pregătire specială;
- Efectul economic al metodei este evidențiat prin lipsa necesității în utilizarea diverselor preparate topice cu efect curativ, deseori costisitoare;
- Durata scurtă a procedurii.

La toți pacienții, după efectuarea procedurii sus-menționate, s-a depistat diminuarea treptată a durerilor alveolare (în 5-7 zile). Astfel, am constatat faptul că dezavantajul metodei propuse se reduce la capacitatea acesteia de a micșora treptat sindromul algic și nu la dispariția bruscă a durerilor.

Concluzii

1. Analiza clinico-epidemiologică a pacienților incluși în studiu a constatat o incidență a alveolitei de 3,3%, frecvență mare la femei (75%), localizare la mandibulă în 87% cazuri și o incidență crescută (87%) a formei umede.
2. Analiza factorilor etiopatogenetici evidențiază o predominare a factorului traumatic (62,5%) în apariția alveolitelor.
3. Metoda propusă de tratament al alveolitei comportă în sine un grad înalt de siguranță, manifestată prin prezența efectului biologic, economic și ergonomic.

Bibliografie

1. Stelea C.G., Voroneanu M., Popa C., Vindecarea postextractională — între complicație locală, iatrogenie și malpraxis, Casa Editorială Demiurg, Iași, 2008, 189 p.
2. Тимофеев А.А., Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, Червона Рута-Туре, Киев, 2002, 1024 с.
3. Burlibașa C., Chirurgia orală și maxilo-facială, Editura Medicală, București, 2007, 1312 p.
4. Bowe D.C. „The management of dry socket/alveolar osteitis“, Journal of the Irish Dental Association, Vol. 57 (6), 2012, pp. 305-310.
5. Kolokythas A., Olech E., Miloro M. „Alveolar osteitis: a comprehensive review of concepts and controversies“, International journal of Dentistry, 2010, 249073.
6. Noroozi A.R., Philbert R.F. „Modern concepts in understanding and management of the „dry socket“ syndrome: comprehensive review of the literature“, Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics, Vol. 107, Issue 1, 2009, pp. 30-35.

Data prezentării: 22.01.2015

Recenzent: Nicolae Chele

CONDUITA STOMATOLOGICĂ-TERAPEUTICĂ LA COPII CU PATOLOGII ENDOCRINE

Elena Stepco,
doctor în medicină,
conferențiar universitar

Catedra Chirurgie OMF
pediatrică, Pedodonție
și Ortodonție, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Victoria Vudu,
rezident anul I

Facultatea Stomatologie,
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Rezumat

Patologiile endocrine: diabetul zaharat, afecțiunile glandei tiroide, ale sistemului hipotalamo-hipofizar, ale gonadelor se manifestă prin dereglări și la nivelul cavității orale.

Cele mai frecvente afecțiuni ale cavității orale la copii cu diabet zaharat sunt: gingivita, parodontita marginală, caria dentară, leziuni ale mucoasei orale, candidoza orală. Alte endocrinopatii sunt însoțite de tulburări ale erupției dentare, ale formării țesuturilor dure dentare, afecțiuni ale limbii și țesuturilor parodontale, ale mucoasei orale și glandelor salivare.

Cunoașterea de către medicul stomatolog a particularităților evoluției clinice a unor patologii endocrine mai frecvent întâlnite la copii, la care se referă diabetul zaharat și patologia glandei tiroide, a modificărilor mucoasei cavității orale în patologii endocrine, va contribui la depistarea stadiilor precoce a acestor patologii, la alegerea metodei raționale de tratament stomatologic, precum și evitarea complicațiilor posibile în timpul manoperilor stomatologice.

Cuvinte cheie: *conduita stomatologică-terapeutică, patologii endocrine, diabet zaharat.*

Summary

DENTAL-THERAPEUTIC ATTITUDE IN CHILDREN WITH ENDOCRINE PATHOLOGIES

Endocrine pathologies such as: diabetes, thyroid disease, hypothalamic-pituitary disorders, gonadal pathology are also manifested by disturbances in the oral cavity. The most frequently encountered disorders of the oral cavity in children with diabetes are: gingivitis, marginal periodontitis, dental caries, lesions of the oral mucosa, oral candidiasis. Other endocrinopathies are accompanied by disturbances in teeth eruption, formation of dental hard tissues, disorders of tongue, gums, oral mucosa and salivary glands.

Knowing the particularities of clinical evolution of most common endocrine pathologies in children, such as diabetes and thyroid pathology, will help the dentist to detect the early stages of pathologies, to choose the most reasonable treatment method and, also, to avoid the possible complications during dental manipulations.

Key words: *dental treatment, endocrine diseases, diabetes.*

Introducere

La copii disfuncțiile pot duce la disfuncții de ordin vital ale organismului, pe fondul cărora se formează unele modificări ale mucoasei orale [1].

Conduita curativă corectă a copiilor cu patologii endocrine realizată de medicul stomatolog este foarte importantă, reieșind din complexitatea evoluției clinice, dar și a riscului mare pe care îl comportă problemele de sănătate orală în cadrul acestor patologii. Tratamentul stomatologic al acestor copii trebuie realizat în anumite condiții, respectând anumite precauții pentru a evita agravarea stării lor de sănătate [2].

Medicii stomatologi au un rol important în diagnosticarea și gestionarea pacienților cu diabet zaharat (DZ). Spectrul larg al afecțiunilor cavității bucale la copii cu DZ reprezintă o oportunitate de a extinde baza de sesizare a stomatologului în privința patologiei sistemice [2].

Pentru o gestionare în condiții de siguranță a copilului cu DZ este necesară o colaborare între medicul stomatolog, medicul endocrinolog curant și părinte. Comunicarea trebuie să fie bidirecțională: medicii endocrinologi trebuie să fie la curent cu manifestările orale ale bolii, iar medicii stomatologi trebuie să fie actualizați cu privire la controlul glicemic pentru a ajuta pacienții să mențină sănătatea cavității orale [3].

Obligația medicului stomatolog și a echipei acestuia este de a cunoaște istoricul bolii pacientului, inclusiv complicațiile posibile și urgențele medicale.

Anterior vizitei unui copil bolnav de DZ la medicul stomatolog, este necesară reevaluarea medicală completă a acestuia, precum și obținerea unui echilibru glicemic optim, indispensabil efectuării oricărei manopere în sfera oro-maxilo-facială. Un copil cu DZ bine controlat poate tolera orice tip de tratament stomatologic, cu complicații sistemice minime [2,3].

Se recomandă programarea consultației la începutul zilei, cu continuarea obligatorie a tratamentului anti-diabetic și menținerea valorilor glicemice la nivel optim. Pacientul trebuie informat despre luarea mesei înainte de a veni la consultație sau tratament, iar perioada de așteptare pentru acordarea asistenței stomatologice trebuie redusă la minimum în scopul evitării stresului. Este importantă monitorizarea permanentă a copiilor cu DZ în timpul și după finisarea tratamentului stomatologic [3].

Manoperele sistematice de igienă orală sunt substanțiale pentru prevenirea afecțiunilor dentare și parodontale, cât și pentru menținerea sănătății orale la copii cu DZ.

Este o sarcină vitală pentru medicii stomatologi să promoveze bunele obiceiuri de sănătate orală, vizitele stomatologice periodice, examinările și asigurarea suficientă a igienei orale. Medicii stomatologi trebuie să reducă factorii de risc ai bolii parodontale, a cariilor și a altor patologii dentare, instruind și motivând încontinuu pacientul privind igiena orală și metodele de profilaxie [4].

Complicațiile DZ care pot interfera cu tratamentul stomatologic sunt:

- hiperglicemia perioperatorie (imediat preoperator și în primele 10 zile postoperator) de peste 250 mg/dL poate duce la:
 - vindecarea tardivă a plăgilor;
 - deprimarea funcției leucocitare (imunodepresie);
- neuropatia diabetică, ce poate crește riscul de lezare a trunchiurilor nervoase la efectuarea anesteziei locale (edem, ischemie);

Precauții pre-anestezice

- consult de specialitate, cu adaptarea tratamentului asociat:
 - menținerea glicemiei între 80-250 mg/dl;
 - menținerea HbA1c de 4%-6%;
- tratamentul de fond nu se va întrerupe și nu se va modifica decât cu acordul medicului endocrinolog;
- dacă pacientul nu se poate alimenta, nu va fi administrată doza de antidiabetice orale sau insulină corespunzătoare mesei eliminate;
- programarea se va face în așa fel încât să nu modifice orarul de masă al pacientului;
- nu vor fi utilizate anestezice locale cu concentrații crescute de vasoconstrictori > 1/200 000);
- nu se vor administra sedative;
- manoperele terapeutice stomatologice se vor practica cu fotoliul în poziție cât mai aproape

de orizontală (bolnavii au risc de hipotensiune ortostatică, secundară neuropatiei);

- antibioprolaxia complicațiilor infecțioase;
- adaptarea tratamentului de fond de către medicul nutriționist, în funcție de modificările metabolice postoperatorii.

Criza hipoglicemică

Apare la diabeticii care și-au administrat insulină/antidiabetice orale, dar nu au consumat ulterior o cantitate suficientă de glucide. Pierderea stării de conștiență apare după o perioadă de hipoglicemie moderată și se manifestă prin slăbiciune, amețeli, senzație de foame dureroasă, agitație psihomotorie, transpirație abundentă, palpitații.

Atitudinea de urgență în cabinetul de stomatologie

- întreruperea tratamentului stomatologic;
- așezarea pacientului în clinostatism cu membrele inferioare ridicate deasupra nivelului extremității cefalice;
- așezarea capului pacientului în poziție „de siguranță“;
- administrarea de glucide pe cale orală (zahăr, sucuri dulci);
- când calea orală nu poate fi folosită, se vor administra 200-250 ml dintr-o soluție de glucoză 5-10% i.v. [5].

Copii care au disfuncții tiroidiene și necesită asistență stomatologică prezintă o provocare pentru medicii stomatologi. Conștientizarea despre starea și stadiul actual de tratament este importantă în înțelegerea eventualelor modificări în controlul metabolic al copiilor, necesare pentru tratamentul stomatologic. Multe semne și simptome ale afecțiunilor tiroidiene pot fi observate în timpul examinării masivului oro-maxilo-facial. Mai mult ca atât, deficitul sau excesul de activitate a glandei tiroide pot pune în pericol viața prin manifestări cardiace. Prin urmare, medicul stomatolog trebuie să posede cunoștințe vaste despre fiziopatologia glandei tiroide și tratamentul stomatologic în cadrul unor afecțiuni tiroidiene.

În cazul apariției unor suspiciuni de afecțiune tiroidiană, pentru un pacient nedignificat, tot tratamentul stomatologic elective ar trebui amânat până la realizarea unei evaluări medicale complete. Un pacient bine controlat medical, nu va avea contraindicații pentru a efectua un tratament stomatologic eficient.

Managementul stomatologic la copii cu hipotiroidie urmărește menținerea hemostazei, din cauza scăderii capacității vaselor mici de a se contracta la lezare, contribuind la creșterea hemoragiei din țesuturile infiltrate, inclusiv mucoasă. Din cauza susceptibilității la infecții copii cu hipotiroidie pot prezenta vindecarea tardivă a rănilor, datorită scăderii activității metabolice în fibroblaști. Vindecarea întârziată a rănilor poate fi asociată cu un risc crescut de infecție datorită expunerii prelungite a țesutului nevindecat la organismele patogene.

Conduita în cabinetul stomatologic:

- Nu se întrerupe medicația de fond;
- Uneori hipotiroidia nu este izolată, fiind inclusă în contextul unei patologii complexe.

- Acest lucru impune colaborarea interdisciplinară.
- Nu este necesar un algoritm terapeutic special când simptomele hipotiroidiei sunt moderate;
- Nu se administrează: sedative, narcotice, analgezice în doze mari;
- Nu se folosesc anesteziice locale cu vasoconstrictor adrenergic la pacienții cu tratament de substituție și manifestări clinice de tireotoxicoză (mai ales când se administrează T3);
- Monitorizarea pulsului, TA (hipotensiunea arterială, deficitul de irigație coronariană, bradicardia, etc. sunt complicații obișnuite ale hipotiroidiei);
- Controlul riguros al sângerării (anemia însoțite deseori hipotiroidia);
- La pacienții decompensați, tratamentul stomatologic va fi amânat până la compensarea funcțiilor tiroidiene și a complicațiilor generale existente[5].

Managementul stomatologic la pacienții cu hipertiroidie urmărește, la fel ca și la cei cu hipotiroidie, menținerea hemostazei. Pacienții cu hipertiroidie pot avea tensiunea arterială și frecvența cardiacă crescută, datorate efectelor hormonilor tiroidieni asupra activității sistemului nervos simpatic. Așa pacienți necesită o atenție sporită în cadrul realizării unui tratament stomatologic, spre exemplu: va fi nevoie de o durată mai mare de presiune locală pentru a opri hemoragia în cazul unor manopere chirurgicale. Unele medicamente antitiroidiene au activitate anti-vitamina K și pot provoca hipoprotrombinemie care prezintă un anumit risc de hemoragie. Așa pacienți trebuie să fie evaluați cu atenție înainte de o intervenție chirurgicală sau tratament stomatologic invaziv.

Acțiunea medicamentelor și interacțiunea lor în cazul pacienților cu patologie endocrină au un rol important. S-a constatat că expunerea țesuturilor moi ale cavității orale la acțiunea unui antiseptic chirurgical, care include iod poate crește riscul de tiroidită sau hipotiroidism. Analgezicele combinate care conțin acid acetilsalicilic sunt contraindicate la pacienții cu hipertiroidie, deoarece favorizează agravarea simptomelor tireotoxicozei[6].

Copii cu hipertiroidie, au nivel crescut de anxietate și de stres, astfel o intervenție chirurgicală poate declanșa o criză tireotoxică. Epinefrina este contraindicată acestui grup de pacienți, iar tratamentul stomatologic elective ar trebui să fie amânat pentru pacienții cu hipertiroidie sau pentru cei care prezintă semne sau simptome de tireotoxicoză.

Atitudinea terapeutică în cabinetul de stomatologie:

- Consult endocrinologic;
- Administrarea fără întrerupere a medicației de rutină, inclusiv în ziua intervenției stomatologice;
- Sedarea prealabilă a pacientului prin administrarea unei tablete (7,5 mg) de Midazolam;
- Evitarea anesteziicelor locale cu vasocorectiv adrenergic;

- Antibioprofilaxie dacă leucopenia este 2000/mm³ [5].

Copii cu afectarea glandelor paratiroide, a sistemului hipotalamo-hipofizar și a glandelor sexuale pot prezenta simptome specifice în cavitatea orală, astfel medicul stomatolog poate fi primul furnizor de asistență medicală, jucând un rol important în diagnosticarea acestor pacienți. Este foarte important, atât pentru medicul stomatolog, cât și pentru endocrinolog colaborarea reciprocă[7].

Managementul dentar al pacientului cu hipoparatiroidie, care prezintă susceptibilitate crescută la carii dentare, din cauza multiplelor anomalii dentare va prevedea prevenirea cariilor cu revizuirea periodică la medicul stomatolog, variate instrucțiuni de igienă orală[8].

În cazurile grave, înainte de efectuarea unui tratament stomatologic, trebuie să fie determinată calcemia, concentrația căreia trebuie să fie respectivă pentru a preveni aritmii cardiace, convulsii, laringo- și bronhospasmele.

Alte aspecte importante ale managementului dentar la pacienții cu afectarea glandelor paratiroide, cât și a glandelor suprarenale și sexuale includ efectuarea tratamentului dimineața, ținându-se cont de recomandările medicului endocrinolog, precum și controlul anxietății și a stresului emoțional.

Concluzii

Cunoașterea de către medicul stomatolog a particularităților evoluției clinice a unor patologii endocrine mai frecvent întâlnite la copii, la care se referă diabetul zaharat și patologia glandei tiroide, a modificărilor mucoasei cavității orale în patologii endocrine, va contribui la depistarea stadiilor precoce a acestor patologii, la alegerea metodei raționale de tratament stomatologic, precum și evitarea complicațiilor posibile în timpul manoperilor stomatologice.

Bibliografie

1. Godoroja Pavel, Spinei Aurelia, Spinei Iurie, Stomatologie terapeutică pediatrică. Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău 2003, p. 338.
2. Vudu Victoria. Specificul patologiilor orale la pacienții cu diabet zaharat și atitudinea stomatologică, terapeutică, Volum de rezumate — a IX-a ediție a Congresului Internațional de Medicină Dentară pentru Studenți și Tineri Medici „STOMis 2013”, Iași, Romania 2013, p.188-192
3. Lalla RV, D'Ambrosio JA., *Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. JADA 2001;132:1425-32.*
4. Moța Maria, Ghidul Educatorului pentru educația terapeutică a pacientului cu diabet. Editura ILEX, București 2010, p. 264-266
5. Bucur Alexandru, Dincă Octavian. Actualități în abordarea patologiei chirurgicale or-maxilo-faciale. Ghid de chirurgie, 2012, p. 17-19
6. Carlos-Fabue L, Jimenez-Soriano Y, Sarrion-Perez MG. Dental management of patients with endocrine disorders. *J Clin Exp Dent.* 2010;2:196-203.
7. Huber MA, Terezhalmay GT. Risk stratification and dental management of the patient with thyroid dysfunction. *Quintessence Int.* 2008;39:139-50.
8. Pinto A, Glick M., Management of patients with the thyroid disease: Oral health considerations. *J Am Dent Assoc.* 2002;133:849-58.

Data prezentării: 09.12.2014
Recenzent: Oleg Solomon

METODĂ DE EVALUARE A REMANIERILOR OSOASE PERIIMPLANTARE

Rezumat

Un factor intens discutat în literatura de specialitate privitor la reabilitarea implanto-protetică este resorbția osului cortical periimplantar și condițiile de conservare a acestuia. În scopul analizei remanierilor osoase, sunt aplicate diverse metode și programe. În studiul dat se propune una din metodele elaborate ce permite evaluarea în timp a proceselor de modelare a osului periimplantar, atât la nivelul crestei osoase cât și sinusului maxilar.

Cuvinte cheie: *implante dentare, resorbție osoasă, evaluare radiografică.*

Summary

AN EVALUATION METHOD OF BONE MODELING AROUND IMPLANTS

A widely discussed factor in the literature regarding implant-prosthetic rehabilitation is the peri-implant bone resorption and conditions for its preservation. Different methods and programs are used in order to appreciate bone modeling. A developed method which allows the evaluation in time of the peri-implant bone modeling at the level of bone crest, as well as in the maxillary sinus is proposed in this study.

Key words: *dental implants, bone loss, radiographic evaluation.*

Actualitatea temei

La momentul actual, reabilitarea implanto-protetică reprezintă metoda de elecție pentru pacienții edentați. Totodată, una din sarcinile de bază ale implantologiei orale este conservarea țesutului osos periimplantar pe un termen cât mai îndelungat. Procesul de remanieră osoasă periimplantară este un fenomen multifactorial, ce are loc pe tot parcursul funcționării implantelor. Cercetările efectuate în domeniu, vizează evaluarea factorilor ce pot influența nivelul osos periimplantar. Examenul radiografic pe parcursul perioadelor de evaluare este metoda principală în aprecierea succesului reabilitării pacienților [1].

Radiografia retroalveolară reprezintă o metodă frecvent aplicată, fiind accesibilă și simplă de utilizat. Un dezavantaj al acesteia este dependența de poziționarea tubului radiografic în raport cu sectorul examinat și pelicula radiografică, fapt ce poate erona imaginea obținută. Pentru evitarea acestor discrepanțe, este necesar de utilizat sisteme speciale pentru standartizare, iar evaluarea remanierilor osoase periimplantare deseori necesită și dispozitive speciale pentru scanarea imaginilor obținute. Din acest motiv, această metodă nu este pe larg răspândită în practică.

Una din cele mai moderne metode de evaluare radiografică în stomatologie este tomografia computerizată cu fascicol conic — CBCT (Figura 1). Datorită capacităților de apreciere pe secțiuni, și gradului de iradiere redus, comparativ cu alte metode imagistice (tomografii), această investigație devine tot mai frecvent utilizată în planificarea tratamentului implantologic [2,3,4,5].

Utilizarea CBCT-ului este de o importanță majoră atunci când se planifică instalarea implantelor prin tehnica fără lambou, deoarece este posibilă aprecierea atât a reliefului țesuturilor moi, cât și a celui osos, precum și plasarea preventivă a implantelor pe tomografie (Figura 1). Mai mult ca atât, metoda dată permite aprecierea nivelului osos nu doar în aspect mezio-distal, dar și vestibulo-oral. Însă, actualmente, din cauza costului ridicat, pentru evaluarea în dinamică a osului periimplantar această metodă nu întodeauna este posibil de utilizat. Un alt impediment în utilizarea acesteia la toate etapele de evaluare este doza de iradiere semnificativ mai mare comparativ cu ortopantomografia, iar prezența implantelor deseori provocă apariția unor umbre (*artefacte*) pe imaginea radiografică [3,4].

Valentin Topalo¹,
profesor universitar

Andrei Mostovei²,
asistent universitar

Nicolae Chele³,
conferențiar universitar

Dumitru Sirbu⁴,
conferențiar universitar

Ilie Suharschi⁵,
asistent universitar

Fahim Atamni⁶,
postdoctorand

Mihail Mostovei⁷,
rezident

^{1,2,4,5,6} *Catedra Chirurgie OMF, Implantologie și Stomatologie Terapeutică „Arsenie Guțan”, USMF „Nicolae Testemițanu“*

³ *Catedra Propedeutică Stomatologică și Implantologie Dentară „Pavel Godoroja“ a USMF „Nicolae Testemițanu“*

⁷ *Catedra Stomatologie Ortopedică „Ilarion Postolachi“ USMF „Nicolae Testemițanu“*

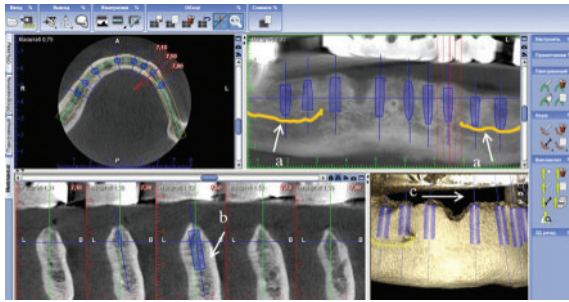


Fig. 1. Planificarea inserării implantelor în baza tomografiilor computerizate cu fascicol conic:
 a — peretele superior al canalului mandibular și schema plasării implantelor; b — preconizata plasare a implantului dentar în raport cu particularitățile anatomice ale sectorului respectiv;
 c — aspectul volumetric al masivului osos

Cea mai utilizată metodă de evaluare în implantologia orală rămâne ortopantomografia (OPG). Pe lângă dezavantajele sale (redarea doar a ofertei osoase pe verticală și prezența erorii dimensionale) OPG este mai accesibilă și relativ mai puțin costisitoare (Figurile 2 și 3).

Prevenirea eșecului datorat erorii dimensionale poate fi ușor evitat prin cunoașterea gradului de eroare. Spre exemplu: în cazul prezentat în Figurile 2 și 3, eroarea pe ortopantomogramă este de 40%, ceea ce înseamnă că un implant cu lungimea de 10mm pe OPG va avea 14mm. Prin intermediul șublerului electronic poate fi apreciată distanța crestei osoase până la formațiunile anatomice (ex.: canalul alveolar inferior), și planificată dimensiunea implantului reieșind din eroarea OPG și distanța de siguranță necesară. Acest criteriu a stat la baza planificării dimensiunilor implantare la pacienții din studiu, în lipsa CBCT-ului preoperator.

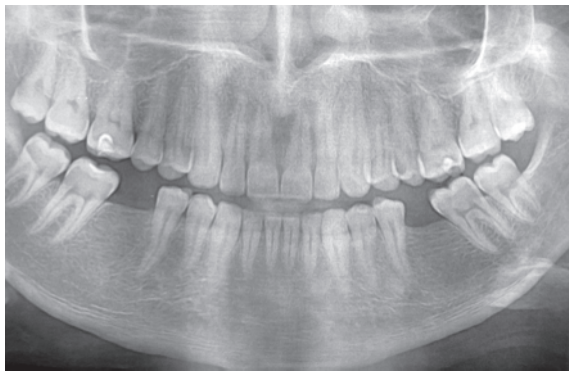


Fig. 2. Pacient M. Ortopantomografia preimplantară (OPG1)

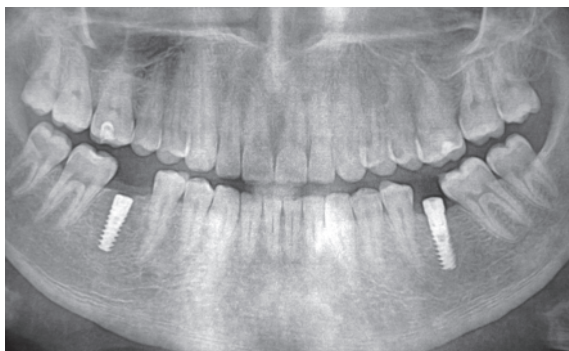


Fig. 3. Pacient M. Ortopantomografia post-implantară (OPG2)

Descrierea metodei elaborate

Evaluarea remanierilor osului periimplantar poate avea loc prin diverse metode, de la măsurarea directă pe OPG-uri și până la utilizarea programelor ce au asemenea destinație [6]. Pentru înregistrarea tuturor radiografiilor într-un mod unic, cele din urmă trebuie scanate sau fotografiate într-un regim prestabilit, utilizând un stativ, la o distanță constantă față de pelicula radiografică. În studiul nostru, pentru evaluarea radiografică a poziției platformei implantare față de nivelul corticalei osoase, a modelării osului periimplantar pe parcursul perioadei de vindecare și la distanță, au fost utilizate programe ce permit aprecierea numărului de pixeli pe imagine (ex.: Adobe Photoshop). În acest mod, în calitate de unitate de măsură a fost utilizat pixel-ul, iar datorită faptului că înălțimea implantului este cunoscută, în baza formulelor de calcul efectuate în programul Microsoft Excel toți parametrii au fost transformați în *mm* luând în considerație eroarea de pe OPG pentru fiecare implant în parte (și nu eroarea comună a OPG-ului)[7].

Un factor ce trebuie luat în considerație la efectuarea calculului este poziția platformei implantului în raport cu corticala osoasă și influența acestei poziții asupra proceselor de modelare a țesutului osos periimplantar. Reieșind din aceasta, au fost definite 3 rapoarte: supra-, echi- și subcrestal (Figura 4).

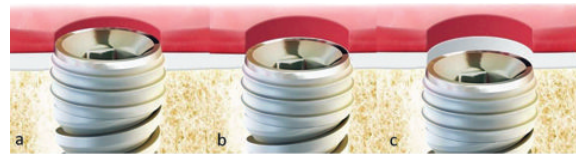


Fig.4. Opțiuni de poziționare a platformei implantare în raport cu corticala osoasă:
 a — supracrestal; b — echicrestal; c — subcrestal

Pentru efectuarea măsurărilor și obținerea rezultatelor, de către noi a fost elaborată o metodă de calcul adaptată către parametrii studiați.

Conform aspectului pe OPG, remanierile osului periimplantar sunt apreciate din aspect mezial și distal. Tehnica de măsurare efectuată pe ortopantomogramele postoperatorii (OPG2) și la a doua ședință chirurgicală (OPG3) sunt redată în Figurile 5 și 6. Pentru aceasta, sunt stabiliți următorii parametri pe ortopantomograma postoperatorie: **L1rad1**- lungimea radiologică a implantului, **P** — nivelul platformei implantului față de corticală, **H1Mrad**- distanța (în pixeli) cuprinsă între linia ce definește nivelul platformei implantare și primul contact os-implant din aspect mezial, **H1Drad**- distanța (în pixeli) cuprinsă între linia ce definește nivelul platformei implantare și primul contact os-implant din aspect distal.

În cazul în care **H1Mrad** și/sau **H1Drad** indicau valori pozitive (când primul contact os-implant era situat apical de platforma implantară), implantul a fost considerat în raport supracortical. Poziționarea echicrestală era reprezentată prin valoarea „0” (ex: Figura 5). În situațiile în care platforma implantului se afla apical (subcrestal, Figura 3, 6a) de nivelul mezial și/

sau distal al corticalei osului periimplantar, dimensiunile **H1M_{rad}** și **H1D_{rad}** reprezentau distanța între linia ce definește nivelul platformei și marginea respectivă a corticalei osoase, iar valorile lor se înregistrau numeric negative (Figura 6 b).

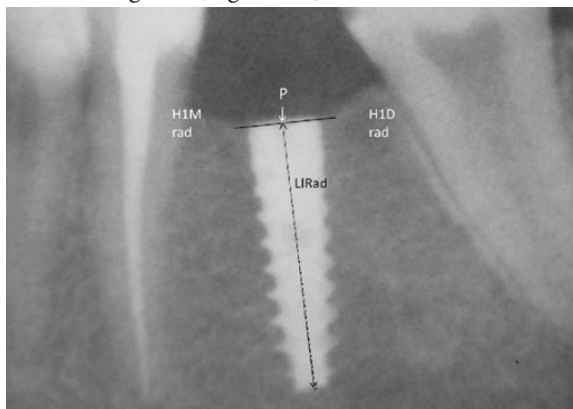


Fig. 5. Secțiune din OPG postoperatorie (Pacient B), implant cu diametru 3,75mm și lungime 13mm. Schema măsurărilor efectuate pe OPG2 (raport echicrestal)

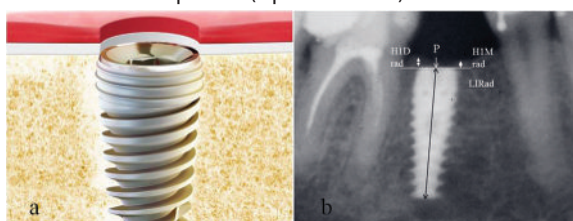


Fig. 6. Poziționarea subcrestală a implantului (a) și schema măsurărilor pe ortopantomograma postoperatorie (b)

Lungimea reală a implantului a fost abreviată **LIR**, iar nivelurile meziale și distale reale a platformei față de corticala osoasă prin **H1M_{real}** și **H1D_{real}**. Transformarea dimensiunilor radiologice din pixeli în *mm* aveau loc în baza formulelor:

$$H1M_{real} (mm) = H1M_{rad} \cdot LIR / L1Rad1;$$

$$H1D_{real} (mm) = H1D_{rad} \cdot LIR / L1Rad1.$$

După cum a fost deja menționat, acest procedeu de calcul permite determinarea valorilor reieșind din eroarea radiografică la nivelul fiecărui implant separat.

La sfârșitul perioadei de vindecare, înainte de efectuarea celei de-a doua ședințe chirurgicale trebuie efectuat examenul radiologic de control (OPG3, Figura 7).

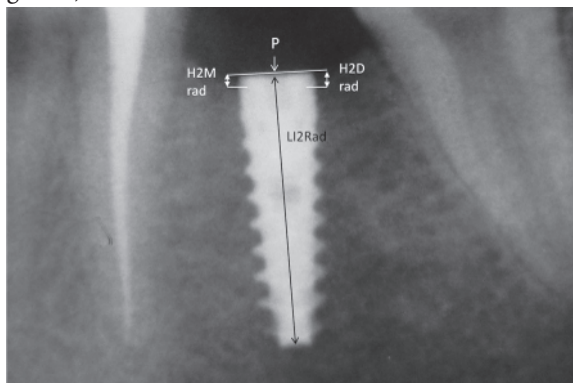


Fig. 7. Schema măsurărilor radiografice pe ortopantomograma efectuată la sfârșitul perioadei de vindecare (OPG3, Pacient B)

În acest caz pot fi apreciate următoarele dimensiuni: **L1rad2** — lungimea radiologică a implantului pe OPG3, **P** — nivelul platformei implantare, **H2M_{rad}** — distanța (în pixeli) cuprinsă între linia ce definește nivelul platformei implantare și primul contact os-implant din aspect mezial pe OPG3, **H2D_{rad}** — distanța (în pixeli) cuprinsă între linia ce definește nivelul platformei implantare și primul contact os-implant din aspect distal pe OPG3. Transformarea parametrilor apreciați din pixeli în *mm* are loc în mod similar formulelor descrise anterior, și înregistrarea lor prin abrevierile **H2M_{real}** și **H2D_{real}**.

Determinarea remanierii osului periimplantar pe parcursul perioadei de vindecare, din aspect mezial și distal este efectuată în baza formulelor de calcul:

Remanierile osului mezial (mm) = H2M_{real} — H1M_{real};

Remanierile osului distal (mm) = H2D_{real} — H1D_{real}.

Resorbția osoasă periimplantară este atestată în cazul în care valorile acesteia sunt numeric pozitive (Figurile 7 și 8a). Atunci când cele din urmă indică o valoare negativă, pe parcursul perioadei de vindecare modelarea osului este prezentată prin apozitie de os, și nu resorbție (Figura 8b).

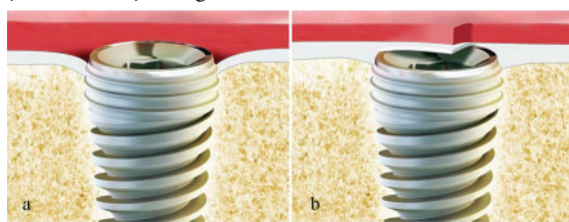


Fig. 8. Descrierea schematică a resorbției (a) și apozitiei osoase (b)

La implantele demontabile instalate într-o ședință chirurgicală sunt apreciați aceiași indici radiografici, însă în calitate de reper fix pentru aprecierea lor este considerată joncțiunea implant — conformator gingival.

Distanțele din aspect mezial și distal între marginea joncțiunii implant-abutment și primul contact os implant (**H3M_{real}** și **H3D_{real}**, mm) sunt fost apreciate pentru a determina remanieria osului periimplantar la 1 an postprotetic după formulele: **H3M_{real}** — **H2M_{real}** și **H3D_{real}** — **H2D_{real}**.

În cazul în care pentru evaluarea osului periimplantar este efectuată tomografia computerizată cu fascicol conic, aprecierea parametrilor sus-menționați la fiecare etapă este are loc în baza soft-ului respectiv, care permite determinarea dimensiunilor dorite direct în *mm*, iar prezența sau lipsa erorii dimensionale se verifica la fel prin măsurarea lungimii implantului (Figura 9). În scopul evitării obținerii valorilor eronate ale remanierilor osoase periimplantar, este necesar de a efectua același tip de examen radiologic la toate etapele de evaluare.

De rând cu alți parametri, valorile indicilor radiografici obținuți, precum și formulele de calcul este necesar de introdus în baze de date electronice în programul Microsoft Excel.

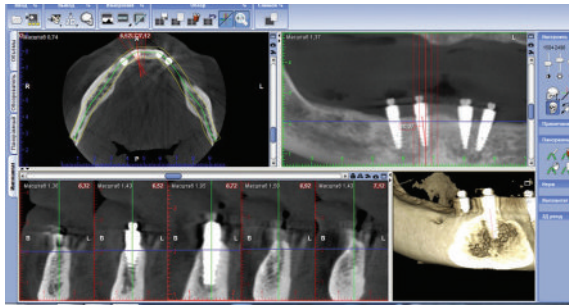


Fig.9. Evaluarea remodelării osului la un an postprotetic în baza CBCT-ului prin intermediul Programului Romexis Viewer

Pentru implantele instalate în sectoarele posteroare ale maxilei cu elevarea planșeului sinusului maxilar, paralel cu evaluarea osului cortical periimplantar la apofiza alveolară, poate fi monitorizată și modelarea/remodelarea osului intrasinusal. [8].

La efectuarea calculelor sunt apreciați următorii parametri pe OPG2 (postoperatorie, conform schemei din Figura 10a):

L — lungimea reală a implantului;

LI — lungimea implantului radiologică;

A — distanța de la marginea platformei până la primul contact os-implant (mezial și distal);

B — distanța cuprinsă între marginea implantului și corticala osului subantral (mezial și distal);

C — înălțimea osului rezidual subantral (mezial și distal) = **B** — **A**;

D — distanța de la platforma implantului până la nivelul membranei sinusale apreciată pe centrul implantului (sau din ambele părți) ;

E — distanța de la partea superioară a materialului de augmentare (sau a cheagului sangvin) după instalarea implantelor și corticala planșeului sinusului maxilar (mezial și distal) = **D** — **B**;

IPS — gradul de protrudare a implantului în sinusul maxilar (mezial și distal) = **LI** — **B** ;

În baza formulei de calcul **X(mm) = Xradiologic · L / LI**, unde **Xradiologic** este parametrul evaluat în pixeli, se determină valoarea în **mm** a dimensiunii necesare **X(mm)**.

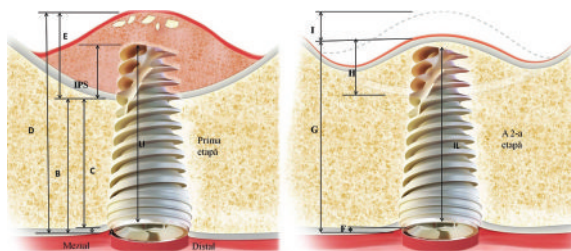


Fig. 10. Schema de efectuare a măsurărilor pentru implantele instalate în sectoarele posteroare ale maxilei cu elevarea planșeului sinusului maxilar prin abord crestal sau lateral: după prima ședință chirurgicală (a); la sfârșitul perioadei de integrare sau la distanță (b)

La sfârșitul perioadei de vindecare, în baza OPG3, sunt măsurăți următorii indici (conform schemei din Figura 10b):

IL — Lungimea radiologică a implantului pe OPG3;

F — distanța de la marginea platformei până la primul contact os-implant (mezial și distal);

G — distanța de la marginea platformei până la nivelul corticalei noului planșeu sinusal (mezial și distal);

H — înălțimea osului intrasinusal nou-format (mezial și distal) = **G** — **B**;

I — gradul de resorbție sau apoziție a osului nou format pe parcursul perioadei de integrare sau la distanță (mezial și distal) = **D** — **G**;

Modelarea (resorbția sau apoziția) **osului cortical periimplantar** (mezial și distal) = **F** — **A**.

La etapele ulterioare de evaluare, dinamica osului periimplantar se calculează după același principiu.

Concluzii

Metoda de evaluare a osului periimplantar în baza ortopantomografiei propusă în Clinica de Chirurgie oro-maxilo-facială și Implantologie orală utilizată pe parcursul mai multor ani s-a dovedit a fi viabilă (utilă) în studierea eficacității și perfecționării diverselor metode de instalare a implantelor contribuind la ameliorarea reabilitării implanto-protetice a persoanelor edentate. Experiența acumulată permite de a recomanda implementarea metodei în activitatea cotidiană a instituțiilor care practică implantologie dentară.

Bibliografie

1. Sirbu D., Topalo V., Zănoagă O. ș.a. „Aspecte ale utilizării metodelor imagistice în chirurgia orală și maxilo-facială”, *Medicina stomatologică*, Nr.1(22)/2012, pp. 36-39. ISSN 1857—1328.
2. Dave M., Davies J., Wilson R. et al. „A comparison of cone beam computed tomography and conventional periapical radiography at detecting peri-implant bone defects” *Clin. Oral Impl. Res.*, Nr.6(24)/2013, pp.671-678.
3. Harris D., Horner K., Grondahl K. et al. „E.A.O. guidelines for the use of diagnostic imaging in implant dentistry 2011. A consensus workshop organized by the European Association for Osseointegration at the Medical University of Warsaw”, *Clin. Oral Impl. Res.*, Nr.11(23)/2012, pp.1243—1253.
4. Misch C. „Contemporary Implant Dentistry. 3rd Edition”, New-Dehli: Mosby, 2008, 1102p.
5. Janner SFM, Caversaccio MD, Dubach P, Sendi P, Buser D, Bornstein MM. „Characteristics and dimensions of the Schneiderian membrane: a radiographic analysis using cone beam computed tomography in patients referred for dental implant surgery in the posterior maxilla”, *Clin. Oral Impl. Res.* 22/2011, pp. 1446—1453.
6. Leblebicioglu B., Ersanli S., Karabuda C. et al. „Radiographic Evaluation of Dental Implants Placed Using an Osteotome Technique”, *J Periodontol*, 76/2005 pp. 385-390.
7. Mostovei A. „Evaluarea integrării implantelor dentare de stadiul doi, instalate într-o ședință prin chirurgia fără lambou”, *Teză de Doctor în științe medicale*. Chișinău, 2014.
8. Atamni F., Topalo V., Mostovei A., Chele N., „Flapless and graftless transcresal sinus floor elevation — one step placement of two-stage dental implants”, *Clinical Oral Implant Research*, 24(9)/2013, pp. 105-106. ISSN: 0905-7161 (Impact Factor 3,433).

MORBIDITATEA PRIN ANOMALIILE DENTO-MAXILARE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Rezumat

Incidența anomaliilor dento-maxilare în Republica Moldova este în creștere, studiile efectuate anterior induce la implementarea unor studii mai aprofundate în depistarea dezarmoniilor dento-maxilare cu determinarea factorilor predispozanți la apariția dereglărilor de ocluzie dentară. **Scopul lucrării:** evaluarea analizei epidemiologice al anomaliilor dento-maxilare în funcție de regiuni teritoriale ale Republicii Moldova. **Material și metode.** Articolul prezintă rezultatele studiului descriptiv, în baza la 1710 chestionare. Partea specială a chestionarului a inclus în sine depistarea anomaliilor dento-maxilare în funcție de cele trei planuri de referință (sagital, vertical și transversal). Copii examinați sunt elevi din școlile republicii, vârsta respondenților a fost de la 6 până la 18 ani. Studiul dat a acoperit trei regiuni de dezvoltare a țării: Nord, Centru și Sud, stratificarea respondenților s-a efectuat în baza formulelor matematice induse de frecvența studiată anterior. **Rezultate.** Din totalul copiilor examinați la majoritatea elevilor s-a depistat prezența malocluziilor sagitale ($76,9 \pm 1,07\%$, $t=30,9699$, $p<0.001$). Frecvența pentru malocluzia de clasa I Angle s-a determinat în $56,9 \pm 1,19\%$ cazuri, malocluzia de clasa II — $17,7 \pm 0,92\%$ și malocluzia de clasa a IIIa în $2,2 \pm 0,35\%$ cazuri. În studiu s-a determinat și frecvența malocluziilor verticale, unde ocluzia adâncă s-a determinat cu o frecvență de 41% cazuri, inocluzia verticală - 43,2 %. Malocluziile transversal au fost reflectate prin frecvența laterognației - 56,2 % și laterodeviației mandibulare de 14,8 % cazuri. **Concluzii:** Creșterea frecvenței al anomaliilor dento-maxilare în Republica Moldova induce la necesitatea determinării factorilor predispozanți și utilizarea tratamentului ortodontic profilactic și interceptiv din perioada dentației temporare și mixte prin utilizarea terapiei ortodontice funcționale.

Cuvinte cheie: anomalie dento-maxilară, studiul epidemiologic, dentație.

Valentina Trifan,
d.ș.m., conferențiar
universitar

Ion Lupan,
d.h.m., profesor
universitar

Daniela Trifan,
asistent universitar

Sabina Calfa,
asistent universitar

Catedra Chirurgie OMF
Pediatrică, Pedodonție
și Ortodonție
USMF „Nicolae
Testemițanu“

Summary

MORBIDITY BY DENTAL-MAXILLARY ANOMALIES THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The incidence of dental-maxillary anomalies in the Republic of Moldova is increasing, the previously performed studies lead to the implementation of deeper studies when revealing the dental-maxillary anomalies with the determination of the predisposing factors for the onset of dental-maxillary anomalies. The purpose of the paper: assessment of the epidemiologic analysis of dental-maxillary anomalies depending on the territorial regions of the Republic of Moldova. **Material and methods:** This article presents the results of the descriptive study, based on 1710 questionnaires. The special part of the questionnaire included he revealing of the dental-maxillary anomalies depending on the three reference plans (sagittal, vertical and transversal). The examined children are pupils from the schools of the republic; the age of the respondents was from 6 to 18 years. This study has covered three development regions of the country: North, Center and South, the stratification of respondents was performed based on mathematical formulas induced by the previously studied frequency. **Results:** In most of the examined children ($76,9 \pm 1.07\%$, $t=30.9699$, $p<0.001$) the presence of sagittal malocclusions was established, the frequency of which is the following: for Angle class I malocclusion — $56,9 \pm 1,19\%$, class II malocclusion - $17,7 \pm 0,92\%$ and class III malocclusion in $2,2 \pm 0,35\%$ cases. In the study also the frequency of deep overbite 41 % , vertical overbite 43,2 % , laterognation 56,2 % , mandibular laterodeviation 14,8 % . **Conclusions:** The increase of frequency of dental-maxillary anomalies in the Republic of Moldova leads to the need for determining the predisposing factors and use of the prophylactic and interceptive orthodontic treatment from the period of temporary and mixed dentition using the functional orthodontic therapy.

Key words: dental-maxillary anomalies, epidemiologic study, dentition.

Introducere

Anomaliile dento-maxilare (ADM) sunt caracterizate de tulburări de creștere și dezvoltare, cu caracter primar sau dobândit, ale sistemului dentar sau bazelor osoase maxilare, ceea ce determină dezechilibre majore la nivelul arcadei dento-alveolare și ocluzale. Etiologia anomaliilor cuprinde o gamă largă de factori care acționează de-a lungul perioadei de morfogenează pre- și postnatală.

Creșterea frecvenței anomaliilor dento-maxilare care a fost determinată în baza adresabilității frecvente a pacienților la medicul ortodont a indus necesitatea efectuării studiului epidemiologic ale acestor patologii. Incidența anomaliilor dento-maxilare în Republica Moldova este în creștere, studiile efectuate anterior induc la implementarea unor studii mai aprofundate în depistarea anomaliilor dento-maxilare cu determinarea factorilor predispozanți la apariția anomaliilor dento-maxilare [8,10]. Studiul epidemiologic efectuat de mai mulți autori din diferite țări demonstrează că, anomaliile dento-maxilare sunt în creștere și poate fi depistate în diferite perioade de vârstă. Din sursele literare mondiale s-a constatat, că indicele de afectare a populației prin anomalii dento-maxilare variază în funcție de dențitație: în dențitația temporară variază: Danemarca- 14,6%, Germania- 50,2%, Canada -66,1%, Rusia-24%, România-40%. Indicele de prevalență anomaliilor dento-maxilare în dențitația mixtă prezintă la fel variații mari: Anglia-37,5%, India- 38,9%, Rusia-49%, România-75% [2,4,5]. În dențitația permanentă s-a constatat că: prevalență anomaliilor dento-maxilare la copii de 14 ani în România este de 73,6%, pe când în Rusia indicele de prevalență este de -35% [1, 7,8]. În Republica Moldova s-a determinat o prevalență de circa 25,2% al ADM la adolescenții de 16-17 ani (2001). Datele oferite de către Iluță I., Bușmachi I. în urma examinării a 1252 de copii din unele școli din or. Chișinău, vârsta acestora fiind cuprinsă între 7-16 ani, au determinat frecvența anomaliilor dento-maxilare, unde ocluzia distală a constituit 32,92% la băieți și la fete- 30,62%; iar ocluzia adâncă la băieți s-a depistat la 36,71% și la fete-55,11%. În baza analizei datelor acumulate despre incidența anomaliilor dento-maxilare în Republica Moldova, a fost realizat un studiu epidemiologic al anomaliilor dento-maxilare în funcție de diverse criterii (regiuni teritoriale, varietate de dențitație, aspecte medico-sociale și ect.)

Scopul lucrării: evaluarea analizei epidemiologice al anomaliilor dento-maxilare în funcție de regiuni teritoriale ale Republicii Moldova.

Obiective de studiu:

1. Studiul analizei epidemiologice al anomaliilor dento-maxilare în funcție de regiuni teritoriale.
2. Determinarea frecvenței anomaliilor dento-maxilare în diferite perioade de vârstă.
3. Evaluarea incidenței anomaliilor dento-maxilare în cele trei planuri de referință a ocluziei dentare.

Material și metode

Lucrarea prezintă rezultatele studiului descriptiv, în baza studiului efectuat s-au acumulat 1710 chestionare. Chestionarul constă din două părți: 1-parte generală și 2-parte specială. Partea specială a inclus în sine depistarea anomaliilor dento-maxilare în funcție de cele trei planuri de referință (sagital, vertical și transversal), care se manifestau prin diferite grade de severitate, la fel s-a analizat frecvența anomaliilor dentare de grup și dinților izolați. Copii examinați sunt elevi din școlile republicii, vârsta respondenților a fost de la 6 până la 18 ani. Studiul dat a acoperit trei regiuni de dezvoltare a țării: Nord, Centru și Sud, stratificarea respondenților s-a efectuat în baza formulelor matematice induse de frecvența studiată anterior. Ulterior, ca metode de cercetare în studiul epidemiologic al anomaliilor dento-maxilare am utilizat: epidemiologia analitică și descriptivă. Pentru analiza au fost calculate valorile relative și medii. Semnificația statistică a rezultatelor obținute s-a efectuat în baza criteriului t-Student pentru intervalul de încredere cel puțin de 95.0% ($p < 0.05$). Unele din rezultatele obținute sunt prezentate cu ajutorul tabelelor și diagramelor.

Rezultate și discuții

Prin stratificarea proporțională cercetarea a acoperit trei regiuni de dezvoltare a țării: RDD Nord — 396 (23,2%), RDD Centru — 638 (37,3%) și RDD Sud — 676 (39,5%), din ei locuitori a mediului urban sunt 52,2±1,21% și din rural — 47,8±1,21% ($t=2,5756$, $p < 0.05$). În funcție de sex în cercetarea au predominat semnificativ fete (53,3±1,20%) în comparație cu băieți (46,7±1,20%) ($t=3.8682$, $p < 0.001$). În funcție de grupele de vârstă fiecare al doilea respondent a avut de la 10 până la 14 ani, cu vârsta medie a lotului de 12,94±0,064 ani (valoarea minimă — de 6 ani și maximă — 18 ani) (Fig.1).

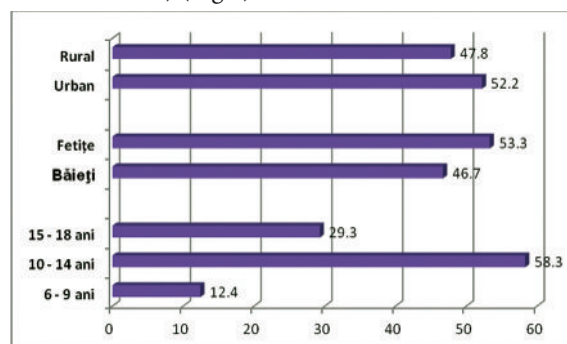


Fig. 1. Repartizarea respondenților în funcție de mediul de reședință, sex și grupe de vârstă (%)

Unul din obiectivele de studiu în această cercetare s-a remarcat determinarea frecvenței anomaliilor dento-maxilare în plan sagital, la baza cărui a stat clasificarea malocluziilor sagitale după Angle. La majoritatea copiilor examinați (76,9±1,07%, $t=30,9699$, $p < 0.001$) a fost stabilită prezența malocluziilor sagitale. Frecvența pentru malocluzie de clasa I Angle -56,9±1,19%, malocluzia de clasa II de 17,7± 0,92% și

Tabelul 1. Frecvența malocluziilor sagitale în lotul de cercetare în funcție de regiuni de dezvoltare (abs.,%)

N/o		RDD Nord, n=396		RDD Centru, n=638		RDD Sud, n=676		
		Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	
1.	Clasa I	150	37,9±2,44	435	68,2±1,84	389	57,5±1,90	X ² =33,577, gl=4, p<0.001
2.	Clasa II	83	20,9±2,04	127	19,9±1,58	93	13,8±1,33	
3.	Clasa III	9	2,3±0,75	12	1,9±0,54	17	2,5±0,60	
	TOTAL	242	61,1±2,45	574	89,9±1,19	499	73,8±1,69	

Tabelul 2. Frecvența ocluziei adânce după grade în lotul de cercetare în funcție de regiuni de dezvoltare (abs.,%)

N/o		RDD Nord, n=396		RDD Centru, n=638		RDD Sud, n=676		
		Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	
1.	Gradul 1	104	26,3±2,21	211	33,1±1,86	128	18,9±1,51	X ² =62,087, gl=4, p<0.001
2.	Gradul 2	47	11,9±1,63	97	15,2±1,42	76	11,2±1,21	
3.	Gradul 3	3	0,8±0,45	5	0,8±0,35	29	4,3±0,78	
	TOTAL	154	38,9±2,45	313	49,1±1,98	233	34,5±1,83	

Tabelul 3. Frecvența ocluziei deschise în lotul de cercetare în funcție de regiuni de dezvoltare (abs.,%)

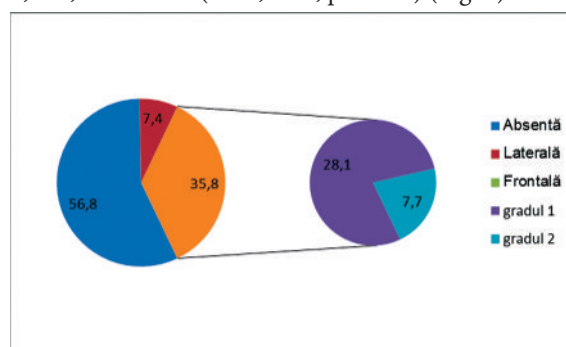
N/o		RDD Nord, n=396		RDD Centru, n=638		RDD Sud, n=676		
		Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	
1.	Gradul 1 frontal	6	1,5±0,61	13	2,0±0,55	4	0,6±0,29	X ² =58,450, gl=4, p<0.001
2.	Gradul 2 frontal	1	0,3±0,27	2	0,3±0,22	2	0,3±0,21	
3.	Lateral	0		1	0,2±0,18	2	0,3±0,21	
	TOTAL	7	1,8±0,67	16	2,5±0,62	8	1,2±0,42	

malocluzia de clasa a IIIa Angle — 2,2±0,35% cazuri. Din analiza efectuată, s-a depistat creșterea frecvenței malocluziei de clasa a-III a Angle, care din studiile anterioare s-a manifestat la 1,5 % din copii cu vârsta cuprinsă între 12- 17 ani, dintre care 2% reprezintă doar forma dento-alveolară, conform datelor Bușan M. (1990). În baza datelor obținute putem deduce la necesitatea tratamentului profilactic și interceptiv în perioada de creștere și dezvoltare a copilului.

Frecvența malocluziilor sagitale au fost repartizate și în funcție de regiunile teritoriale din Republica Moldova, așa dar, frecvența statistic semnificativă cea mai mare pentru malocluzia de clasa I Angle la (68,2±1,84) respondenți din RDD Centru, pe când malocluzia de clasa II s-a determinat în proporții egale în RDD Nord și Centru respectiv: 20,9±2,04 și 19,9±1,58 copii. Malocluzia de clasa a-III a Angle s-a manifestat cu o diferență statistic nesemnificativă între regiuni, cu prevalență malocluziei în RDD Sud (2,5±0,60%) (tab.1).

La fel în studiul dat au fost determinate frecvența malocluziilor verticale, unde ocluzia adâncă a fost prezentă în 41,0±1,19% (t=10,7013, p<0.001) cazuri, inclusiv după gradul de severitate s-au obținut următoarele valori: gradul (acoperire incizivă ½) — 25,8%, gradul 2(acoperire incizivă 2/3) — 12,9% și gradul 3(acoperire incizivă3/3) — 2,2% cazuri. În funcție de regiuni teritoriale frecvența cea mai mare s-a obținut în RDD Centru (33,1±1,86%) pentru ocluzia adâncă cu gradul de severitate1(tab. 2).

Ocluzia deschisă s-a determinat în urma examinării la 43,2±1,19% de copiii, unde ocluzia deschisă în partea laterală s-a determinat doar la 7,4±0,63% copii, pe când ocluzia deschisă în segmental frontal în 35,8±1,16% cazuri (t=21,5003, p<0.001). Prevalența ocluziei deschise frontale a fost stabilită și în funcție de mărimea fantei verticale, așa dar, în 28,1±1,09% de cazuri a fost gradul 1(0-1,9mm) și gradul (>2mm) în 7,7±0,64% cazuri (t=16,1421, p<0.001) (Fig. 2).

**Fig.2.** Structura ocluziei deschise în funcție de varietate și grad de severitate (%)

În funcție de regiuni de dezvoltare frecvența cea mai mare s-a obținut în RDD Centru(2,0±0,55%) la copii cu ocluzie deschisă cu gradul de severitate1(0-1,9mm), (tab.3).

În studiul dat s-a analizat și frecvența și a malocluziilor transversale, care au fost determinate prin

Tabelul 4. Frecvența laterognației în lotul de cercetare în funcție de regiuni teritoriale (abs.,%)

N/o		RDD Nord, n=396		RDD Centru, n=638		RDD Sud, n=676		
		Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	
1.	Unilateral	16	4,0±0,98	11	1,7±0,51	19	2,8±0,65	X ² =82,763, gl=2, p<0.001
2.	Bilateral	11	2,8±0,83	11	1,7±0,51	20	3,0±0,66	
	TOTAL	27	6,8±1,27	22	3,4±0,72	39	5,8±0,89	

Tabelul 5. Frecvența laterodeviației în lotul de cercetare în funcție de regiuni teritoriale(abs.,%)

N/o		RDD Nord, n=396		RDD Centru, n=638		RDD Sud, n=676		
		Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	
1.	Prezentă	2	0,5±0,35	2	0,3±0,22	3	0,4±0,24	X ² =2,145, gl=2, p>0.05

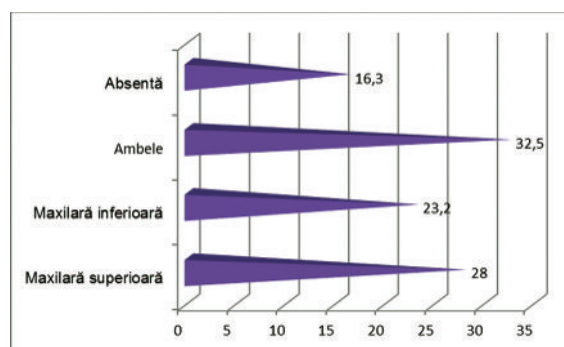
Tabelul 6. Frecvența înghesuirii dentare în lotul de cercetare în funcție de regiuni teritoriale. (abs.,%)

N/o		RDD Nord, n=396		RDD Centru, n=638		RDD Sud, n=676		
		Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)	
1.	Max.sup	24	6.1±1.20	63	9.9±1.18	31	4.6±0.81	X ² =21.775, gl=4, p<0.001
2.	Max.inf	9	2.3±0.75	64	10.0±1.19	25	3.7±0.73	
3.	Ambele	38	9.6±1.48	52	8.2±1.09	47	6.9±0.97	
	TOTAL	71	17.9±1.93	179	28.1±1.78	103	15.2±1.38	

frecvența laterognației și a laterodeviației, prevalența cărora fiind prezentă la 56,2±1,19% copii cu o diferență semnificativă statistică în comparație cu valoarea absenței a acestui fenomen ($t=7,3080$, $p<0.001$). Frecvența laterognației s-a analizat în funcție de varietăți: unde laterognația unilaterală s-a depistat în (28,6±1,09%) cazuri, bilaterală — (27,6±1,08%) ($t=0,6506$, $p>0.05$). În funcție de regiune teritorială, frecvența cea mai mare s-a determinat în RDD Nord (4,0±0,98) pentru copii cu laterognație unilaterală și în RDD Sud, RDD Nord respectiv (3,0±0,66%) și (2,8±0,83%) la copii cu laterognație bilaterală (tab.4). Frecvența laterognației induce necesitatea normalizării timpurii a disfuncțiilor aparatului dento-maxilar și necesitatea tratamentului interceptiv din dentiția mixtă prin intermediul terapiei ortodontice funcționale. Indicele de prevalență a laterodeviației mandibulare la fel s-a manifestat prin creștere cu datele din sursele literare de peste hotare, deoarece frecvența laterodeviației mandibulare în Republica Moldova este studiată în premieră și s-a obținut o frecvență de 14,8±0,86% cazuri (tab.5).

Studiul frecvenței malocluziilor a fost completat cu analiza frecvenței înghesuirii dentare, conform datelor obținute din prelucrarea statistică efectuată, s-a obținut în 83,7±0,89% de cazuri a fost determinată înghesuire incizivo-canină, unde cu o frecvență de 23,2±1,02% s-a stabilit înghesuire incizivo-canină inferioară și în 28,0±1,09% cazuri — cea superioară, iar pe ambele maxilare s-a determinat o frecvență de 32,5±1,13% și numai în 16,3±0,89% de cazuri această anomalie a fost absentă din lotul de examinați. ($t=53,3564$, $p<0.001$) (Fig.3).

În funcție de regiune teritorială, frecvența cea mai mare a înghesuirii dentare s-a determinat în RDD Centru, RDD Nord respectiv 10,0±1,19% la copii cu înghesuire dentară pe maxilarul inferior și 9,6±1,48% cazuri cu înghesuire dentară pe ambele maxilare (Tab.6).

**Fig.3.** Frecvența înghesuirii dentare în lotul de cercetare (%)

În baza analizei frecvenței înghesuirii dentare studiul a fost completat prin determinarea subiectivă a frecvenței deficitului de spațiu pe arcada dentară, unde s-a determinat în 85,8±0,84% cazuri ($t=59,9802$, $p<0.001$). În dependența de localizare a deficitului de spațiu, frecvența cea mai mare a fost determinată pe ambele maxilare în (34,2±1,15%) cazuri, pe maxilarul superior în 33,7±1,14% cazuri și pe maxilarul inferior la 17,9±0,93% copii. Prezintă un interes analiza anomaliilor dentare de grup în funcție de vârstă respondenților. Așa dar, înghesuire incizivo-canină a avut frecvențele cele mai mari în grupele de vârstă 10-14 ani (30,5±1,25%) și 15-18 ani (29,3±1,24%) fără o semnificație statistică între ele ($t=0,6821$, $p>0.05$). Diastema a fost cu frecvența cea mai mare în grupul de vârstă de 6-9 ani (28,3±1,22%) care este mai mare de 2,7 ori decât în grupul de vârstă de 10-14 ani (10,3±0,83%) și de 3,2 ori în grupul de vârstă 15-18 ani (8,8±0,77%) și spațiile interdente laterale s-au manifestat cu o frecvență în grupul de vârstă de 6-9 ani de 10,8% și 9,0% în grupul de vârstă de 19-14 ani, fără o semnificație statistică între ele. (Fig. 5).

Frecvența deficitului de spațiu dentar în funcție de grupele de vârstă și localizarea au scos în evidență unele diferențe și anume: de 1,8 ori în grupul de vârstă 6

Tabelul 7. Repartizarea respondenților după tipul anomaliilor în funcție de grupele de vârstă (abs.,%)

Anomalii	Până la 11 ani		11—14 ani		15—18 ani		Total	
	Abs.	P±ES(%)	Abs.	P±ES(%)	Abs.	P±ES(%)	Abs.	P±ES(%)
Malocluzii sagitale	209	15,9±0,55	713	54,0±1,17	396	30,1±1,26	1318	61,1±1,05
Ocluzie adâncă	64	9,1±1,09	427	60,8±1,84	211	30,1±1,73	702	32,5±1,01
Ocluzie deschisă	4	10,5±4,97	18	47,4±8,10	16	42,1±8,01	38	1,8±0,27
Laterognație	12	13,2±3,55	40	44,0±5,20	39	42,8±5,19	91	4,2±0,43
Laterodivიაჟიე	1	12,5±12,5	4	50,0±18,89	3	37,5±18,29	8	0,4±0,14
Total	290	13,4±0,73	1202	55,8±1,07	665	30,8±0,99	2157	100,0±0,00

— 9 ani a fost pe maxilarul superior în comparative cu maxilarul inferior (8,6±0,68% și 4,8±0,52%, t=4,4570, p<0.001), de 2.1 ori în grupul de vârstă 10 — 14 ani (12,4±0,79% și 5,9±0,57%, t=6,6344, p<0.001) și de 1,8 ori în grupul de vârstă 15 — 18 ani (12,7±0,81% și 7,2±0,63%, t=5,3955, p<0.001) (Fig.6).

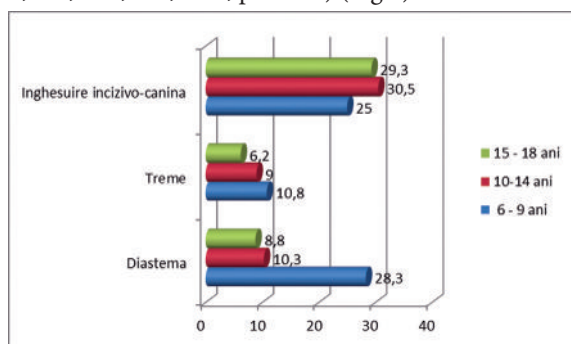


Fig. 5. Frecvența anomaliilor grup de dinți în funcție de vârstă a respondenților (%)

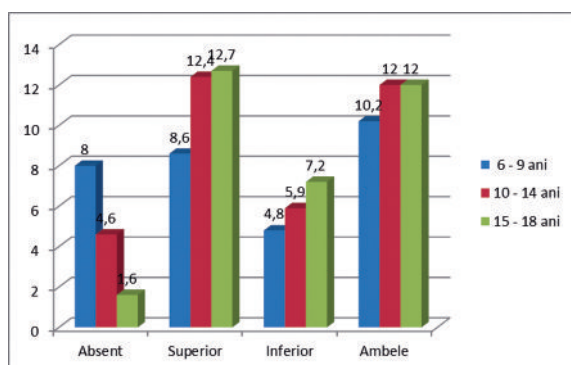


Fig. 6. Frecvența deficitului de spațiu pe arcada dentară în lotul de cercetare în funcție de grupele de vârstă (%).

În baza studiului efectuat s-a determinat frecvența anomaliilor dento-maxilare în funcție de vârsta elevilor din lotul de cercetare. Total anomalii dento-maxilare s-a determinat în 2157 cazuri, total copii cu anomalie dento-alveolară s-a depistat -1354 copii sau 79,2% din lotul de cercetare, cea mai afectată grupă de vârstă de la 15 până la 18 ani (Fig.9).

Pentru perioada de vârstă 6-11 ani repartizarea respondenților după tipul de malocluzie s-a obținut în 13,4±0,73% cazuri și frecvența cea mai înaltă s-a determinat la copii cu malocluzii sagitale care s-a manifestat în 15,9%±0,55 cazuri. În perioada de vârstă de 11-14 ani s-a determinat în 55,8±1,07% cazuri cu frecvența cea mai mare la copii cu ocluzie adâncă-60,8±1,84% și la vârsta de 15-18 ani — 30,8±0,99%

cazuri cu frecvența înaltă la copii cu ocluzie deschisă -42,1±8,01% și laterognațe- 42,8±5,19.(Tab.7)

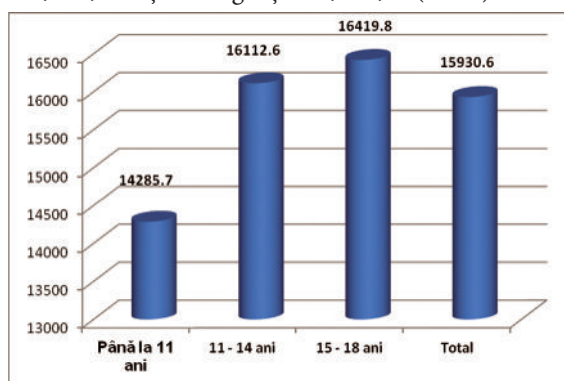


Fig. 9. Frecvența afectării respondenților cu diferite tipuri de anomalii de ocluzie în funcție de vârstă (la 10 mii)

Studiul realizat a determinat creșterea frecvenței anomaliilor dento-maxilare în comparație cu studiile anterioare, ceea ce induce la necesitatea aplicării tratamentului ortodontic profilactic și interceptiv din perioada de creștere și dezvoltare a aparatului dento-maxilar.

Concluzii

1. Studiul epidemiologic realizat a acoperit trei regiuni de dezvoltare a țării: RDD Nord — 396 (23,2%), RDD Centru — 638 (37,3%) și RDD Sud — 676 (39,5%), din ei locuitori a mediului urban sunt 52,2±1,21% și din rural — 47,8±1,21% (t=2,5756, p<0.05). Frecvența cea mai mare din malocluziile studiate s-a determinat în RDD Centru (68,2±1,84 %) la copii cu malocluzie de clasa a-I a Angle.
2. Indicele de afectare a populației prin anomaliile dento-maxilare variază în funcție de vârstă: pentru perioada de vârstă 6-11 ani repartizarea respondenților după tipul anomaliilor s-a obținut în 13,4±0,73% cazuri, la 11-14 ani s-a determinat de 55,8±1,07% cazuri și la vârsta de 15-18 ani — 30,8±0,99% .
3. Frecvența malocluziilor sagitale s-a determinat la majoritatea copiilor examinați -76,9±1,07%, t=30,9699, p<0.001, unde malocluzia de clasa I Angle -56,9± 1,19%, malocluzia de clasa II -17,7±0,92% și malocluzia de clasa a IIIa Angle — 2,2±0,35% cazuri. Malocluziile verticale s-au determinat prin frecvența ocluziei adânci la 41,0% copii și ocluziei deschise în 43,2% ca-

zuri. Frecvența laterognației $-56,2\% \pm 1,19\%$ și laterodeviației mandibulare $-14,8 \pm 0,86\%$, au manifestat frecvența malocluziilor transversale în lotul de studiu.

Bibliografie

1. Alarashi M, Franchi L, Marinelli A, Defraia E. 2003 Morphometric analysis of the transverse dentoskeletal features of Class II malocclusion in the mixed dentition. *Angle Orthodontist*; 73:21-25.
2. Baccetti T, Franchi L, McNamara JA Jr. 2007. Growth in the untreated Class III subject. *Seminars in Orthodontics*; 13:130-142.
3. Cevidanes LH, Baccetti T, Franchi L, McNamara JA Jr., De Clerck HJ 2010. Comparison of 2 protocols for maxillary protraction: bone anchors and face mask with rapid maxillary expansion. *Angle Orthodontist*; 80:799-806.
4. Cevidanes LH, Oliveira AE, Motta A, Phillips C, Burke B, Tyn-dall D 2009. Head orientation in CBCT-generated cephalo-grams. *Angle Orthodontist*; 79:971-977.
5. Franchi L, Baccetti T, McNamara JA Jr. 2001. Thin-plate spline analysis of mandibular growth. *Angle Orthodontist*; 71:83-92.
6. Franchi L, Baccetti T, Stahl F, McNamara JA Jr. 2007. Thin-plate spline analysis of craniofacial growth in Class I and Class II sub-jects. *Angle Orthodontist*; 77:595-601.
7. Lux CJ, Rubel J, Starke J, Conradt C, Stellzig PA, Komposch PG 2001. Effects of early activator treatment in patients with Class II malocclusion evaluated by thin-plate spline analysis. *Angle Orthodontist*; 71:120-126.
8. Moyers RE, Bookstein FL, Guire KE 1979. The concept of pat-tern in craniofacial growth. *American Journal of Orthodontics*; 76:136-148.
9. Singh GD, McNamara JA Jr., Lozanoff S 1997. Spline analysis of the mandible in subjects with Class III malocclusion. *Archives Oral Biology*; 42:345-35.
10. Spinei L. Medicina bazată pe dovezi — o transformare a modului de activitate în medicină practică. *Materialele Congresului III al Medicilor de Familie, mai 2012. Curier Medical, Chișinău, 2012, p. 329-331.*

Data prezentării: 04.03.2015

Recenzent: Oleg Solomon

ASPECTE INTERDISCIPLINARE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL HIPODONȚIILOR

Gheorghe Mihailovici,
d.m., conferențiar
universitar

Igor Ciumeico,
d.m., asistent
universitar

Pavel Mihailovici,
secundar clinic

Corina Mihailovici,
rezident

Catedra Chirurgie OMF
Pediatrică, Pedodonție
și Ortodonție, USMF
„Nicolae Testemitanu“

Valentin Buzatu,
medic stomatolog

IMSP AMT Ciocana

Constantin Bicer,
medic-stomatolog
chirurg

IMSP CSM Chișinău

Rezumat

Lucrarea s-a realizat în baza unui lot de 18 pacienți cu vârste cuprinse între 16 și 24 ani cu diferite varietăți de anodonții. În funcție de metoda de tratament utilizată, pacienții au fost divizați în 3 grupe: I grupă — 4 pacienți cu spații mici în arcada dentară, la care s-a aplicat tratament prin remodelări al coroanelor cu utilizarea materialelor composite fotopolimerizabile moderne; II grupă — 6 pacienți cu surplus moderat în arcadă, la care s-a aplicat tratament ortodontic prin aparate fixe moderne cu scop de mezializare a dinților, la 4 pacienți din această grupă s-a utilizat remodelare coronară; III grupă — 8 pacienți cu surplus de spațiu mai mare de un dinte în arcada dentară, care a fost rezolvat prin tratament complex: ortodontic, reconstruire coronară și aplicarea unor construcții protetice fixe, aplicate pe implantate dentare.

Cuvinte cheie: hipodonție, treme, tehnica MBT, remodelare coronară.

Summary

INTERDISCIPLINARY ISSUES USED IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HYPODONTIA

Our scientific project is based on the study of 18 patients, aged 16 — 24 years, with different types of anodontia. Patients were divided, according to methods of treatment, into 3 groups: I'st group — 4 patients with the presence of small spaces on the dental arch, being treated by increasing the dental crowns sizes with modern light — cured restorative composites; II'nd group — 6 patients with moderate spaces on dental arches, being treated with fixed orthodontic appliances. The aim of treatment in this cases was the mesial teeth movement, with further crown remodeling in 4 patients of this group. III'rd group — 8 patients with spaces bigger than 1 tooth on the dental arch, these cases were solved by using a complex treatment: orthodontic, tooth remodeling, ceramic crowns applied on dental implants.

Key words: hypodontia, spaces, MBT Technique, crowns remodeling

Introducere

Tulburările din etapele primare a formării dintelui pot duce la dezvoltarea sau absența congenitală a unui sau mai multor dinți. Cel mai utilizat termen pentru această patologie este **hipodontia**. Se mai utilizează și termenul — **anodontie** pentru a descrie spectrul întreg a disarmoniei, începând cu absența unui singur dinte și finisind cu absența tuturor dinților. Absența molarilor trei permanenți nu este luată în calcul la evaluarea prezenței și severității hipodontiei. Unii autori au sugerat că termenul „hipodontia“ trebuie implementat solitar, pentru a descrie absența câtorva dinți, preferind termenul „**oligodontia**“ pentru descrierea unui număr mai mare de dinți [7]. Mai târziu, aceasta a fost redefinită cu divizarea termenilor: absența de la 1 la 6 dinți — hipodontie, și lipsa a 6 și mai mulți dinți - oligodontie [8]. Alți autori au propus ca termenul oligodontie să fie utilizat doar pentru descrierea absenței a 6 sau mai mulți dinți cu manifestări sistemice asociate, prezente în evoluția unor sindroame [7]. Pentru a reflecta o diferențiere în terminologie, s-a propus o divizare ulterioară a hipodontiei și oligodontiei în: **hipodontie/oligodontie izolată** (non-sindromică) și **hipodontie/oligodontie sindromică** [6,7,8].

Terminologia curentă demonstrează și variații geografice. Termenul **oligodontie** este preferat mai des în Europa, pe când în SUA sunt mai des utilizați termenii **agenezie** sau **agenezie dentară multiplă**. Un termen utilizat în trecut, dar acum considerat învechit este **anodontia parțială** [4].

Tratamentul hipodontiei poate fi complex și costisitor, cu predilecție în cazurile unde este necesară o terapie restaurativă avansată, care rezultă în necesitatea întreținerii dentare permanente. Uneori e obligatorie implicarea mai multor specialiști, prin urmare datele despre prevalența hipodontiei într-o anumită populație sunt importante pentru planificarea și alocarea resurselor pentru asistență medicală, atât la nivel regional cât și național. Cunoștințele despre prevalența hipodontiei sunt importante la consultarea pacienților și a părinților acestora [5,6].

Pentru a completa clasificarea diagnosticului, după nivelul gravității hipodontiei, patologia a fost arbitrar divizată în: a) ușoară: lipsa a 1-2 dinți; b) medie: lipsa a 3-5 dinți; c) gravă: lipsa a mai mult de 6 dinți [1,2,7].

Epidemiologie

În **dentiția temporară** hipodontia este rar întâlnită. Frecvența de 0.1 — 0.9 % este distribuită între sexul feminin și cel masculin [7]. Cel mai des observată e lipsa dinților în zona anterioară a maxilei, cu predilecție a incisivilor laterali. Hipodontia în dentiția temporară este frecvent asociată cu hipodontia și în dentiția permanentă [4]. În cazuri mai rare hipodontia dinților temporari trece neobservată sau este exclusă în mod greșit de către medicul stomatolog, chiar dacă există simptome clinice, aparent neimportante pentru aceștia.

În **dentiția permanentă** studiile prevalenței hipodontiei au suferit, deseori, eșec din cauza lipsei eșantionului necesar [6,8]. Acest fapt este și unul din cele mai importante motive din care datele epidemiologice colectate variază în cadrul aceeași populații cu un procentaj cuprins între 0.3-36.5 %. Deci datele privind dinții lipsă sunt valabile doar la un număr mic de grupe etnice (și inevitabil unele au fost mai bine studiate decât altele). S-a demonstrat că prevalența hipodontiei la femei este mai ridicată în Europa și Australia decât în America de Nord [8]. În cazul genului masculin au fost găsite unele decalaje [7]. Cele mai extinse studii au fost realizate pe populația caucaziană.

S-au obținut următoarele rezultate:

1. Hipodontia atinge rata de 4 — 6 % la caucazieni, dintre care femeile sunt mai des afectate decât bărbații, cu un raport de 3 : 2 [2,7,8].
2. Cazurile severe de hipodontie, definită ca absența primară a 6 dinți și mai mult, a fost descrisă la 0.14- 0.3 % de caucazieni [7,8].

În vederea sporirii eșantionului și creșterii calității datelor, Polder (2004), conduce o meta-analiză, ce include în sine 33 de studii cu aproximativ 127.000 indivizi și conchide următoarea concluzie: frecvența hipodontiei variază în funcție de continent, etnie și gen.

Prevalența hipodontiei în dentiția permanentă în funcție de etnie include următoarele grupe: europeni 4.6 — 6.3%, populația Nord — Americană 3.2 — 4.6%, Africani — Americani 3.2 — 4.6, Australieni 5.5- 7.6 %, Arabi 2.2- 2.7%, Chinezi 6.1- 7.7%. Analiza a demonstrat că frecvența hipodontiei la femei și bărbați este exprimată printr-un raport de 1.37 : 1, foarte aproape de raportul 3:2 descris anterior.

Polder a analizat 10 studii cu un eșantion de 48.000 de indivizi și concluziile lui la capitolul hipodontie, în funcție de dintele lipsă, sunt următoarele:

- premolarul II mandibular 3.0 %;
- incisivul lateral maxilar 1.7 %;
- premolarul II maxilar 1.5%;
- incisivul central mandibular 0.3%;
- incisivul lateral mandibular și premolarul I maxilar 0.2%

Majoritatea pacienților cu hipodontie primară au 1-2 dinți lipsă (83%), 3-5 dinți lipsă (14,4%), 6 dinți și mai mult 2.6%.

În literatura de specialitate sînt expuse numeroase date despre etiologia hipodontiei, despre mecanismele de dezvoltare a patologiei, se descriu simptomele clinice și paraclinice al acestei anomalii dento-maxilare în diferite perioade de vîrstă cu particularități în perioada dinților temporari, pe parcursul schimbului dentar și în dentiția permanentă [1,3,6,9,10,11].

Scopul și obiectivele studiului

Optimizarea tratamentului hipodontiilor în perioada dentiției permanente prin abordarea coordonării interdisciplinare. E important de selectat tactica de tratament în funcție de mai mulți factori: numărul de dinți lipsă, gradul de dezvoltare a arcadele dento-al-



Fig. 1. Pacienta A, stare ocluzie cu anodonți 12,22, poziție mezializată a caninilor superiori și radiografia pacientei



Fig. 2. Pacienta A, evaluarea tratamentului, stare ocluzie post-tratament



Fig.3. Pacienta B: stare ocluzie pretratament și tablou radiologic



Fig. 4. Pacienta B: aparat orthodontic fix (tehnica MBT) utilizat în tratament, etapă de mezializare a dinților

veolare, starea țesuturilor dure a dinților restanți, solicitările pacientului. Unul din obiectivele principale a studiului a fost atingerea unui efect estetic maxim la refacerea integrității arcadele prin lezarea minimală a țesuturilor dentare.

Materiale și metode

Lucrarea se bazează pe un lot de 18 pacienți cu vârste cuprinse între 16 și 24 ani cu diferite varietăți de anodonții. În funcție de metoda de tratament utilizată, pacienții au fost divizați în 3 grupe: I grupă — 4 pacienți cu spații mici în arcada dentară, la care s-a aplicat tratament prin remodelări al coroanelor cu utilizarea materialelor composite fotopolimerizabile moderne; II grupă- 6 pacienți la care s-a aplicat tratament ortodontic prin aparate fixe moderne cu scop de mezializare a dinților, în 3 cazuri cazuri s-au păstrat dinții temporari persistenți la arcadele dentare. La 4 pacienți din această grupă s-a aplicat remodelare coronară; III grupă — 8 pacienți cu surplus mai mare de un dinte în arcada dentară care a fost rezolvat prin tratament complex: ortodontic, reconstruire coronară și aplicarea unor construcții fixe aplicate pe implante dentare.

Toți pacienții au fost supuși unui examen clinic (anamneză, examen facial, examen endobucal prin determinarea raportului ocluzal la nivel molar, canin, dinți frontali în raport cu cele trei planuri ale spațiu-

lui, examinarea arcadele dentare, determinarea malpozițiilor dentare și patologiei țesuturilor moi a regiunii bucale, examen clinic funcțional). O importanță deosebită s-a atribuit studiului biometric de model (Metodele Pont, Korkhaus, determinarea spațiului total după Tweed). Din metodele radiologice s-a utilizat ortopantomografia la toți pacienții și teleradiografia de profil în 6 cazuri.

Rezultate și discuții

Rezultatele studiului relevă din caracterizarea particularităților tabloului clinic și paraclinic a cazurilor clinice și a principiilor determinării tacticii de tratament aplicate în diferite situații clinice.

Pacienta A, 16 ani, s-a adresat la medicul ortodont cu acuze de ordin estetic. În urma examenului clinic și paraclinic (semnele clinice ale ocluziei și tabloul radiologic pot fi urmărite în fig.1) s-a stabilit diagnosticul: Anomalie de clasa I Angle, anodonția dinților 12,18, 22, 28, 38, 47,48, poziție mezială a dinților 13,23, diastemă și treme în sectorul fronal al arcadei dentare superioare. Pacienta a insistat la tratament fără utilizarea aparatelor ortodontice.

Reeșind din tabloul clinic și la solicitarea pacientei s-a recurs la tratament prin remodelare coronară cu utilizarea materialelor compozite. S-a efectuat remodelarea coroanelor dinților 13 și 23, care s-au transformat în incisivi laterali, coroana dintelui 24 a fost trans-



Fig. 5. Pacienta B: stare a ocluziei și a arcașelor dentare posttratament ortodontic, dispozitive de contenție

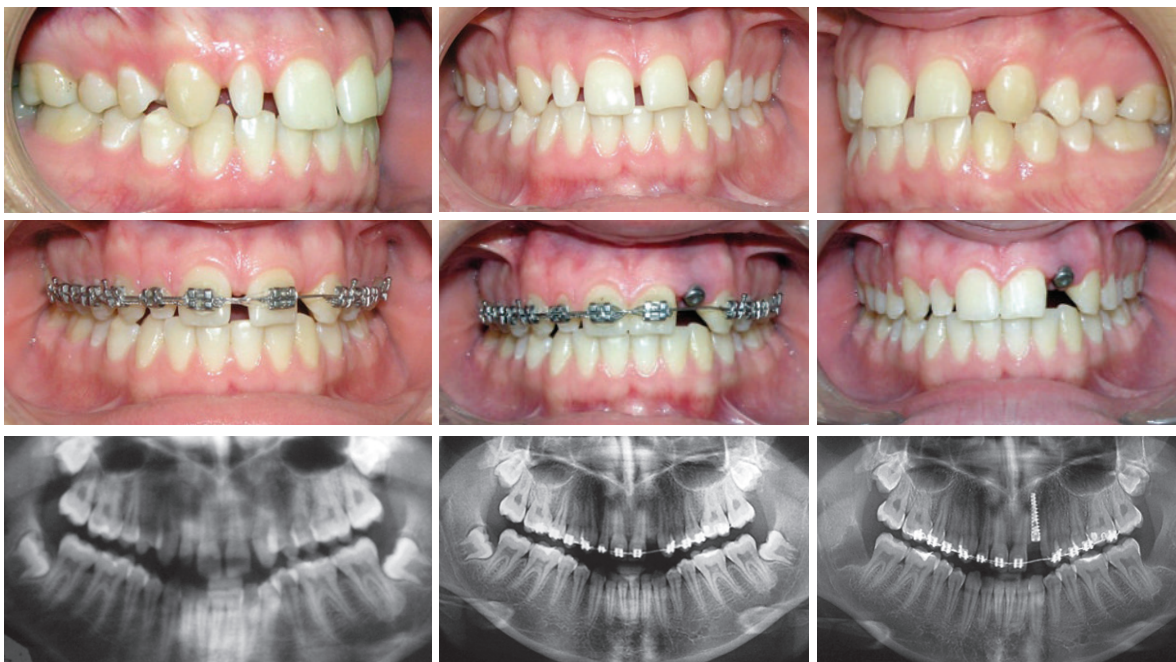


Fig. 6. Pacienta C: ocluzia și radiografiile la etapa inițială și la unele etape de tratament



Fig. 7. Pacienta C: Stare ocluzie și arcada dentară superioară posttratament

formată în coroană de canin. Pentru aceasta s-a utilizat compozitul fotopolimerizabil Gradia de la Fugii. Rezultatul tratamentului poate fi urmărit în fig. 2.

Grupa a II-a reprezintă cazuri de tratament al hipodonției prin utilizarea aparatelor ortodontice fixe modern (tehnica MBT). Pacienta B, 21 ani, domiciliată în Chișinău, studentă, a prezentat acuze la lipsa a doi dinți superiori în sectorul frontal la arcada superioară. În rezultatul examenelor efectuate s-a stabilit diagnosticul: Malocluzie de clasa I Angle cu anodonția dinților 12,18,22, 28, diastemă și treme în sectorul frontal al arcadei superior, dereglarea esteticii surisului.

Pacienta a mai consultat medicul ortodont, unde i s-a propus tratament prin crearea de spațiu pentru incisivii laterali superiori și restabilirea dinților 12, 22 prin utilizarea protezării prin implantate. Metoda nu a satisfăcut-o pe pacientă. Ea are o fobie de implantate dentare. Reșind din aceasta și în urma analizei clinico — radiologice s-a determinat următorul plan de tratament:

1. Mezializarea dinților la arcada superioară prin utilizarea unui aparat fix modern (tehnica MBT cu slotul .022“).
2. Remodelarea coronei dinților 13,23 după forma incisivilor laterali.

3. Extracția dinților 38,48.

În perioada tratamentului s-au respectat etapele clasice de deplasare a dinților care se utilizează în cadrul aplicării tehnicii arcului drept. Rezultatul final poate fi urmărit în fig.5. Durata tratamentului activ a constituit 18 luni. Cu scop de retenție s-a aplicat un retiner fix la arcada inferioară de la dintele 34 la 44. La arcada superioară s-a confecționat un aparat de contenție mobilizabil confecționat la dispozitivul cu pompă de vacuum.(fig. 5). La solicitarea pacientei etapa de reconstruire coronară a fost amînată pe o perioadă nederminată.

În grupa III au fost incluși 8 pacienți cu surplus mai mare de un dinte în arcada dentară. Cazurile au fost rezolvate prin tratament complex: ortodontic, reconstruire coronară și aplicarea unor construcții fixe aplicate pe implante dentare.

Pacienta C, 18 ani a prezentat acuze de ordin estetic — prezența spațiilor interdentare la arcada superioară. În urma examenului clinic și paraclinic s-a stabilit diagnosticul: Malocluzie de clasa I Angle, anodonția 22, anomalie de formă a coroanei dintelui 12, diastemă și treme în sectorul frontal al arcadei dentare superioare, devierea liniei interincisivale superioare spre stînga cu 3 mm (fig.6).

Pentru rezolvarea cazului s-a întocmit următorul plan de tratament:

1. Normalizarea raportului dinților frontali prin corectarea poziției liniei interincisivale.
2. Reconstruirea coroanei dintelui 12 cu compozit fotopolimerizabil.
3. Restabilire implanto-coronară a dintelui 22.

La realizarea tratamentului ortodontic s-a utilizat un aparat fix de tip MBT cu slotul .022" la arcada dentară superioară și s-au respectat toate etapele clasice de deplasare a dinților. După înlăturarea aparatului s-a recurs la remodelarea coroanei dintelui 12 cu compozit fotopolimerizabil.

Importanța practică a lucrării. Pentru stabilirea unui diagnostic corect e necesar de utilizat pe lângă examenul clinic și metode paraclinice de diagnostic (studii biometrice de model și examen radiologic). Aceste metode oferă un șir de informații foarte utile: dimensiunile arcadelor dentare în plan sagital și transversal; prezența sau absența spațiului pe arcadă, prezența sau lipsa mugurilor dinților neerupți, starea țesutului osos. Toți acești factori au o influență majoră în selectarea tacticii de tratament. Divizarea pacienților cu hipodonții în funcție de metoda de tratament aplicată are o importanță practică majoră, în

special permite păstrarea unui număr maxim de dinți sănătoși, prin evitarea șlefuirilor țesuturilor dure dentare la confecționarea lucrărilor protetice fixe.

Concluzii

1. În cazurile cu hipodonții a unu sau doi incisivi laterali la arcada superioară asociate cu persistența caninilor temporari și lipsa unor spații marcate, tratamentul poate fi axat pe reconstruire coronare.
2. În hipodonția incisivilor laterali superiori cu prezența insuficienței de spațiu pentru dinții lipsă e important de recurs la tratament ortodontic urmat de reconstruire coronară.
3. Hipodonțiile a unu sau mai mulți dinți însoțite de prezența unui spațiu suficient pentru restabilirea acestora e important de indicat tratament ortodontic pentru plasarea dinților prezenți în poziții corecte, urmat de reconstruire coronare și restabilire implanto-protetică a dinților.

Bibliografie

1. Cobourne MT. Familial human hipodontia — Is it all in the genes? *Br Dent J* 2007; 203: p.203-208.
2. Dhanrajani PJ. Hipodontia: Etiology, clinical features, and management. *Quintessence Int* 2002; 33: p.294-303
3. Ferguson JW. IOTN(DHC): Is it supported by evidence? *Dent Update* 2006; 33: 478-486
4. Jones SP. The multidisciplinary management of hipodontia. *Dental Nursing* 2009; 5:678-682
5. Gill DS, Jones S, Hobkirk J et al. Counselling patients with hipodontia. *Dent Update* 2008; 35: p. 344-352
6. Hobkirk J ,Gill DS, Jones S et al. Hipodontia: a team approach to management, John Wiley & sons LTD, Oxford, United Kingdom 2011, 210 p.
7. Nunn JH, Carter NE, Gillgrass TJ, et al. The interdisciplinary management of hipodontia: background and role of pediatric dentistry. *Br Dent J* 2003; 194: p.245-251
8. Polder BJ, Van 't Hof MA, Van Der Linden FPGM, Kuijpers -Jagtman AM. A meta-analysis of the prevalence of dental agenesis of permanent teeth. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32. p.217-226
9. Seltho AT, Hobson RS, Slater D. A preliminary evaluation of pre-treatment hipodontia patients using the Dental Aesthetic Index: how does it compare with other commonly used indices? *Eur J Orthod* 2008; 30: p. 244-248.
10. Solomon O. Prevenirea recidivei în tratamentul ortodontic prin protezarea edentațiilor parțiale la copii și adolescenți. Teză de d. m. Chișinău, 2010. 150 p.
11. Thind BS, Stirrups DR, Forgie AH, Larmour CJ, Mossey PA. Management of hypodontia: orthodontic considerations. (II). *Quintessence Int* 2005; 36: p.345-353.

Data prezentării: 27.01.2015

Recenzent: Sofia Sirbu

TACTICA MEDICULUI STOMATOLOG, MĂSURI DE PROFILAXIE LA PACIENȚII CU MALADII ALE SISTEMULUI CARDIO-VASCULAR ÎN CONDIȚII DE AMBULATOR

Rezumat

Studiul anamnezei și al examenului clinic la pacienții cu maladii ale sistemului cardio-vascular este necesar pentru obținerea unui rezultat favorabil în urma tratamentului stomatologic, a perioadei postoperatorii și a procesului de reabilitare. Aceasta presupune chestionarea legată de prezența stărilor patologice, care pot influența negativ asupra procedurii chirurgicale și pune în pericol viața pacientului. O atenție deosebită este necesar de atras la măsurile de profilaxie în colaborare cu medicul de familie al pacientului, cu scopul de preîntâmpinare a complicațiilor în timpul și după intervenția chirurgicală.

Cuvinte cheie: *maladii cardio-vasculare, insuficiența cardiacă cronică, infarct miocardic, aritmiile cardiace, angina pectorală, hipertensiune arterială, hipotensiune arterială, pacemaker.*

Summary

POLICY OF DENTIST, PREVENTION MEASURES IN OUTPATIENTS WITH DISEASES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

The study of anamnesis and clinical examination of patients with cardiovascular diseases is essential to obtain a favorable outcome after dental treatment, postoperative period and rehabilitation process. This involves questioning related to the presence of pathological conditions that may adversely affect the surgical procedure and be the patient's life-threatening. Particular attention should be considered to the prophylactic measures in collaboration with the patient's physician, in order to prevent complications during and after surgical intervention.

Key words: *cardiovascular disease, chronic heart failure, myocardial infarction, cardiac arrhythmias, angina pectoris, hypertension, hypotension, pacemaker.*

Scopul lucrării: studiul datelor de literatură, anamnezei și examenului clinic al pacienților cu maladii ale sistemului cardio-vascular, elaborarea măsurilor profilactice pentru obținerea unui rezultat favorabil în urma tratamentului stomatologic chirurgical.

Material și metode: În perioada anilor 2012—2014 în Clinica Stomatologică Universitară Nr.2 s-au adresat după ajutor stomatologic specializat 4821 de pacienți. În urma analizei fișelor medicale stomatologice ale pacienților tratați în această perioadă, cu afecțiuni cardio-vasculare diverse s-au depistat 1607 (33 %) de pacienți. Dintre ei 868 (54%) bărbați, și 739 (46%) femei, cu vârsta cuprinsă între 45-70 ani. Ca urmare a examenului clinic subiectiv și obiectiv, paraclinic am alcătuit algoritmul măsurilor profilactice și de acordare a primului ajutor pacienților cu diverse maladii ale sistemului cardio-vascular.

Pacienții cu maladii ale sistemului cardio-vascular

1. Insuficiența cardiacă cronică — se caracterizează prin incapacitatea miocardului de a pompa cantitatea necesară de sânge pentru menținerea metabolismului în țesuturile organismului, din această cauză plămânii și/sau sistemul circulator sunt supraîncărcate. Totodata metabolismul este susținut patologic prin mărirea tensiunii în cavități prin umplerea lor. Stomatologii, care tratează pacienții cu insuficiență cardiacă cronică, trebuie să fie foarte atenți, pentru că orice intervenție

Iurie Melnic,
asistent universitar,

Svetlana Melnic,
asistent universitar,

Natalia Dacin,
asistent universitar,

Olga Cheptanaru,
asistent universitar,

Gabriela Cocieru,
asistent universitar

*Catedra de Propedeutica
Stomatologică și
Implantologie Dentară
„Pavel Godoroja“,
USMF „Nicolae
Testemițanu“*

chirurgicală în cabinetul stomatologic poate provoca suprasolicitarea cordului, care poate duce la disfuncții (creșterea sarcinii de lucru a inimii, și ulterior la edem pulmonar acut).

În cazul pacienților cu insuficiență cardiacă cronică, se recomandă următoarele măsuri profilactice:

- Acordul informat al pacientului, consultația cardiologului la indicațiile stomatologului.
- Medicamentele utilizate pentru premedicație: 5-10 mg diazepam (Valium) sau 1,5-3 mg bromazepam (Lexotanil) peroral, cu 1 oră înainte de procedura chirurgicală.
- Adăugarea la soluția anestezică locală a unei cantități mici de vasoconstrictoare.
- Procedurile chirurgicale trebuie să fie de scurtă durată și indolore [1].

2. Angina pectorală — accese spontane de durere în piept, ca rezultat a insuficienței circulatorii acute (de oxigen) a mușchiului cardiac. Durerea apare brusc în timpul efortului fizic sau stresului emoțional, după masă și nu durează mai mult de 10-15 minute. Durerea dispare la încetarea efortului fizic sau la administrarea vasodilatatoarelor (de exemplu, nitroglicerina sublingual). Pacientul poate descrie atacul de cord ca un disconfort dureros în piept cu o senzație de arsură, comprimare sau tensiune. Durerea poate fi prezentă în zona retrosternală și poate iradia spre umărul stâng, gât, și, uneori în bărbie și dinții maxilarului inferior (de obicei în partea stângă), în mâna stângă (cu amorteala și furnicăture), sau poate iradia chiar în regiunea epigastrică, ceea ce duce la o dificultate în diagnostic. Deseori aceste simptome dureroase sunt însoțite de transpirație, emoții puternice și senzație de moarte iminentă. Pacienții cu boala coronariană sunt sensibili la apariția crizelor anginoase în timpul intervențiilor stomatologice din cauza anxietății severe și stresului legat de viitoarele proceduri.

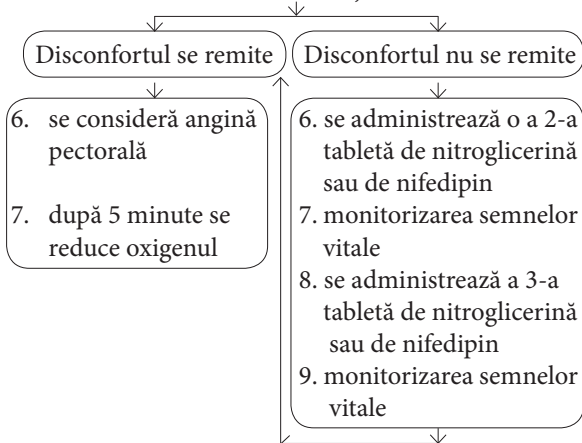
În acest caz, se recomandă următoarele măsuri preventive:

- Acordul informat al pacientului și consultația cardiologului la indicațiile stomatologului.
- Medicamentele utilizate pentru sedare : 5-10 mg diazepam (Valium) sau 1,5-3 mg bromazepam (Lexotanil) per oral, cu 1 oră înainte de procedura chirurgicală.
- În angină pectorală instabilă (crize mai frecvente de durere, inclusiv în repaus) prestarea de servicii stomatologice se efectuează în staționar (spital).
- Adăugarea la soluția anestezică locală a unei cantități mici de vasoconstrictoare.
- Procedurile chirurgicale trebuie să fie la fel de scurtă durată și nedureroase.

Tratament de urgență:

1. Întreruperea tratamentului stomatologic;
2. Așezarea pacientului în poziție semișezândă;
3. Administrarea unei tablete de Nitroglicerina sublingual sau Nifedipin sublingual;

4. Urmărirea pulsului;
5. Urmărirea tensiunii arteriale;



10. Se consideră infarct miocardic în evoluție;
11. Se solicită asistență medicală de specialitate;
12. Stabilirea unui acces venos;
13. Dacă durerea este severă, se administrează Mialgin (1 fiolă Mialgin diluat în 8 ml ser — se administrează câte 2 ml) până se remite durerea;
14. Pregătirea pentru transportul în serviciul de urgență [2,3].

3. Infarctul miocardic — o boala gravă caracterizată prin pierderea unei părți din celulele contractile ale miocardului și înlocuirea lor ulterioară cu țesut conjunctiv. Principala cauză a infarctului miocardic este formarea cheagurilor de sânge în arterele coronare care alimentează inima. Moartea celulelor (necroza) apare ca urmare a dezvoltării continue a ischemiei miocardice și schimbărilor ireversibile în celule ca urmare a dereglării metabolismului lor.

Semnele și simptomele infarctului miocardic sunt:

- 1) debut brusc de durere severă retrosternală, care crește brusc și se caracterizează prin senzații de arsuri, presiune și comprimare;
- 2) spre deosebire de durerea în stenocardie, aceasta este mult mai severă, durează mai mult de 15 minute, nu dispare după somn sau după utilizarea nitroglicerinei sublingual;
- 3) dureri tipice radiante (la fel ca în accidentele vasculare cerebrale) în umărul stâng sau pe suprafața antebrațului, în regiunea cervicală, maxilar, dinți, partea centrală a spatelui, epigastrică și mâna dreaptă;
- 4) durerea poate fi, de asemenea, însoțită de greață, vomă, transpirații, dificultăți de respirație și anxietate.

În acest caz, se recomandă următoarele măsuri preventive:

- Acordul informat al pacientului și consultația cardiologului la indicațiile stomatologului.
- Medicamentele utilizate pentru sedare : 5-10 mg Valium sau 1,5-3 mg Lexotanil per oral, cu 1 oră înainte de procedura chirurgicală.
- În crize mai frecvente de durere, prestarea serviciilor stomatologice se efectuează în spital.

- Adăugarea la soluția anestezică locală a unei cantități mici de vasoconstrictoare.
- Procedurile chirurgicale trebuie să fie la fel de scurtă durată și nedureroase.

Tratament de urgență:

1. Poziționarea pacientului în decubit dorsal
2. Apelarea Serviciului de Urgențe
3. Administrarea 1 pastile de Nitroglicerina sublingual
4. Controlul TA în dinamică
5. Administrarea de O₂ prin mască
6. Administrarea unei linii venoase (injecție i.v.) sau intramusculare de:
 - Analgin 50% — 2,0 ml
 - Dimedrol 1% — 1,0 ml sau Baralgin — 5,0 ml
7. Administrarea unei linii venoase (injecție i.v.) (se poate administra și subcutanat)
- Heparină — 10 U.I [4,5].

4. Aritmia cardiacă — stare patologică a inimii în care are loc dereglarea frecvenței, ritmului și a succesiunii de excitație și contracție a inimii. Aritmie este orice ritm cardiac, care este diferit de sinusul normal (OMS, 1978). Pacienții cu aritmii cardiace, în special cu aritmii persistente în ciuda tratamentului antiaritmie necesită următoarele măsuri preventive:

- Consultația medicului specialist;
- În cazurile severe, este necesar să se excludă utilizarea anezesticilor locale care conțin vasoconstrictoare sau amânarea procedurilor chirurgicale în măsura posibilităților;
- Premedicație înaintea procedurii chirurgicale;
- Procedurile chirurgicale trebuie să fie de scurtă durată și indolore.

Tratament de urgență:

1. Stoparea oricărui tratament stomatologic
2. Controlul TA și al pulsului
3. Oxigenoterapia
4. Valocardin (40 pic per os)
5. Presiune digitală pe globii oculari timp de 10-15 sec până la apariția senzației dureroase (semnul Ashner)
6. Anaprilin (1 tab sublingual)
7. În caz de lipsă a efectului (reducerea bătailor cardiace și îmbunătățirea stării generale a pacientului) — apelarea serviciului de urgență, iar între timp:
 8. Administrarea i.m.:
 - Lidocaină 80 mg (sol. De 2%-4,0 ml) și
 - Controlul TA!!! [6].

5. Proteze valvulare cardiace

Pacienții care au suferit intervenții chirurgicale corective în legătură cu diverse afecțiuni cardiace cu impunerea unor valve cardiace artificiale, necesită utilizarea profilactică a antibioticelor până la intervenția chirurgicală, deoarece endocardita asociată cu o valvă artificială este deosebit de sensibilă la infecțiile microbiene. Această metodă este recomandată și

pacienților cu boli cardiace valvulare de origine reumatică [7].

6. Pacemaker sunt stimulatoarele cardiace ce se utilizează pentru controlul ritmului în dereglarea conductibilității cardiace. Cele mai multe tipuri moderne de stimulatoare cardiace sunt capabile să mențină un ritm relativ normal al inimii doar la necesitate. În cazul când pacientul posedă un pacemaker, medicul stomatolog trebuie să fie conștient că:

- la utilizarea unor aparate stomatologice, crește riscul de activitate anormală a pacemaker-ului (electrochirurgie monopolară, detartraj cu ultrasunet, anestezie electronică, etc.);
- ar trebui folosite cu prudență anezesticile locale cu vasoconstrictoare;
- profilaxia cu antibiotice este opțională [8].

7. Hipertensiunea arterială la pacienții adulți sănătoși după 20 de ani este considerată normală, atunci când tensiunea arterială diastolică este mai mică de 90 mm Hg., și sistolică — mai mică de 140 mm Hg. Hipertensiunea este o boală cronică caracterizată prin constante, iar în fazele timpurii, creșteri periodice ale tensiunii arteriale. Baza hipertensiunii arteriale este creșterea tensiunii pereților arterelor mici, rezultând o scădere a lumenului lor, ceea ce împiedică circulația sângelui prin vase. Aceasta mărește presiunea sângelui asupra pereților vaselor. Hipertensiunea esențială (hipertensiune arterială, GB) este 90-95% din cazurile de hipertensiune primară. În celelalte cazuri se stabilește diagnosticul de hipertensiune secundară, simptomatic arterială: renal 3-4%, endocrin 0,1-0,3%, hemodinamic, neurologic, stresul cauzat de aportul de anumite substanțe (iatrogene) și hipertensiunea în timpul sarcinii, în care creșterea presiunii sângelui este unul dintre simptomele de bază ale bolii. Printre cele iatrogene enumerăm și hipertensiunea cauzată de aportul suplimentelor alimentare și al medicamentelor. Dacă există semne și simptome acute de afectare a organului țintă, însoțite de o creștere bruscă a tensiunii arteriale, aceasta este numită hipertensiune malignă. În hipertensiunea malignă, tensiunea arterială este adesea mai mare decât 200/140 mm Hg., dar malignitatea nu este determinată de nivelul absolut al tensiunii arteriale, precum și modificările fundului de ochi (edem papilar, de obicei, în combinație cu hemoragii și exudate la nivelul retinei). De asemenea, hipertensiunii maligne îi sunt caracteristice simptomele de encefalopatie hipertensivă: dureri de cap severe, greață, vomă, vedere încețoșată (până la orbire tranzitorie), pareze tranzitorii, convulsii, stupoare, și comă. Aceste simptome sunt cauzate de un spasm al arterelor cerebrale și edem cerebral. De asemenea se poate dezvolta rapid insuficiența cardiacă progresivă și insuficiența renală. În cazuri foarte rare, o creștere bruscă a tensiunii arteriale timp de câteva minute (de exemplu, encefalopatie hipertensivă, edem pulmonar acut, hemoragie cerebrală, etc.) necesită introducerea intravenoasă urgentă a medicamentelor antihipertensive cu spitalizarea pacientului.

În practica curentă, medicul stomatolog nu implică indicarea imediată a medicamentelor antihipertensive, cu excepția cazurilor de edem pulmonar acut repetate (rar), în care se indică furosemid intravenos sau (Lasix), enalapril și sedative. Pentru a evita o creștere necontrolată a tensiunii arteriale la pacienții cu hipertensiune arterială, este necesar să se efectueze următoarele măsuri de prevenire:

- Premedicație înainte de procedura chirurgicală;
- Tensiunea arterială trebuie monitorizată înainte de anestezie și în timpul procedurilor chirurgicale;
- Efectuarea probei de aspirație la administrarea intravasculară a anestezicului, mai ales când acestea conțin vasoconstrictoare;
- Nu utilizați noradrenalina, în cazul în care pacientul primește medicamente antihipertensive;
- Procedurile chirurgicale trebuie să fie de scurtă durată și nedureroase.

Tratament de urgență:

1. se întrerupe imediat anestezia sau tratamentul
 2. pacientul cu HTA rămâne în poziție șezândă în fotoliul stomatologic
 3. administrarea de oxigen 100% pe mască, ochelari nazali, etc.
 4. asigurarea unei căi venoase
 5. medicație antihipertensivă orală — nifedipină 10 mg (se poate repeta după 20- 30 minute)
 6. medicație diuretică -
 - furosemid 20 mg/2ml V2- 1 fiolă i.v lent
- sau
- indapamid (2,5 mg/tabletă, o tabletă)

Tratamentele necesită o monitorizare strânsă a TA deoarece se pot produce căderi tensionale foarte pronunțate, cu risc de ischemie cerebrală și coronară acută. Într-o primă etapă valorile TA nu trebuie scăzute sub 160-170 mm Hg valoare maximă și 100 mm Hg valoarea minimă.

Chiar dacă pacientul a răspuns la tratamentul antihipertensiv, va trebui transferat într-un serviciu de cardiologie pentru evaluare și control de specialitate [9,10].

8. Hipotensiunea ortostatică este o condiție umană, în care schimbarea bruscă a poziției corpului la ridicarea în picioare sau de lungă durată, sîngele are un debit insuficient la creier, ceea ce duce la scăderea tensiunii arteriale. În cabinetul stomatologului acesta se poate întâmpla la revenirea pacientului în poziție verticală, la ridicarea bruscă a acestuia din fotoliul stomatologic. Această condiție este asociată cu tulburări ale sistemului nervos vegetativ și este a doua cauză cea mai frecventă de pierdere tranzitorie a conștienței pacientului în fotoliul stomatologic, după lipotimie. Cea mai frecventă cauză de hipotensiune arterială ortostatică simptomatică este hipovolemie, care apare din cauza consumului excesiv al diureticelor (cum ar fi

furosemid, bumetanid, acid etacrinic) și hipovolemie relativă, asociată cu vasodilatația medicamentoasă a nitropreparatelor și antagoniștii calciului (verapamil, nifedipina, ș.a.) sau inhibitorii angiotensinei. Incidența semnificativă a hipotensiunii ortostatice la vârstnici, se datorează sensibilității baroreceptorilor (împreună cu o scădere a extensibilității vaselor sanguine). Adesea cauza hipotensiunii ortostatice sunt medicamente care încălcă mecanismele reflexe vegetative, cum ar fi doze excesive de medicamente antihipertensive (cum ar fi metildopa, clonidină, reserpina ș.a.). Efect negativ al anumitor medicamente așa ca: antidepresive triciclice (nortriptilina, amitriptilina, desipramină, imipramină și protriptilina), antidepresive tetraciclice și antipsihotice fenotiazinici (clorpromazină, tioridazină și promazina). este o încălcare de reflexe vegetative reversibile și de reducere a tensiunii arteriale în timpul tranziției la o poziție verticală. Hipotensiunea arterială ortostatică severă poate fi indusă și de vincristină — preparat împotriva cancerului, din cauza neurotoxicității sale. De obicei, în cazul hipotensiunii ortostatice, simptome prodromale sunt absente, spre deosebire de sincopă (paloare, greață, amețeli, și sudoare). Pentru a evita episoade de hipotensiune arterială ortostatică trebuie luate următoarele măsuri preventive:

- Anamneza pacientului amănunțită, în special utilizarea medicamentelor antihipertensive, precum și cazuri de sincopă, convulsii, și altele;
- Tensiunea arterială trebuie monitorizată în poziție verticală zi de zi;
- Indicarea premedicației la pacienții cu stres psihologic sever și efort fizic;
- Evitarea schimbării bruște a poziției pacientului în fotoliu în timpul tratamentului stomatologic din orizontală în poziție verticală (înțoarcere lentă), nepermiterea ridicării bruște din fotoliu, mai ales dacă pacientul primește preparate psihotrope și medicamente antihipertensive sau dacă pacientul a suferit hipotensiune ortostatică [11].

Discuții și concluzii

În cazurile în care pacienții au suportat infarct miocardic acut, acordarea serviciilor stomatologice trebuie efectuate cu precauție sau amînarea lor pe câteva luni sub un tratament planificat. Acordarea serviciilor stomatologice după infarct miocardic în caz de urgență (infecție acută, durere, etc.), tratamentul trebuie efectuat în condiții de staționar, sub supravegherea unui cardiolog și reanimatolog. După 6 luni de la infarctul miocardic acut acordarea serviciilor stomatologice se realizează în conformitate cu recomandările în angina pectorală (boala coronariană) [12].

Măsurarea tensiunii arteriale înainte de orice procedură stomatologică este necesară pentru a evita multe dintre problemele nedorite ale sistemului cardio-vascular. Pacienților cu tensiune arterială de circa 140-160 / 90-95 mm Hg. li se poate efectua intervenții

stomatologice, în timp ce pacienții cu tensiune arterială cuprinsă între 160-190 / 95-110 mm Hg este obligator să primească premedicație cu o jumătate de oră sau o oră înainte de intervenție. Dacă tensiunea arterială rămâne ridicată chiar și după premedicație (de exemplu, mai mult de 180/110 mm Hg.) intervenția este amânata și pacientul este îndreptat la medicul de familie pentru continuarea tratamentului. Pacienților cu tensiune arterială mai mare de 190/110 mm Hg. nu li se permite tratamentul stomatologic regulat. La dureri dentare acute pacienții cu hipertensiune arterială ar trebui să se consulte cu medicul de familie și, ulterior, intervențiile stomatologice se vor efectua numai în staționar. Se consideră că majoritatea pacienților cu crize frecvente de hipertensiune arterială sunt condiționați de tratamentul antihipertensiv inadecvat. În cabinetul stomatologic, hipotensiunea arterială ortostatică poate apărea la pacienții de orice vârstă, în cazul în care sunt predispuși, sau în cazul în care sunt hipotonici. La acești pacienți la ridicarea din scaunul stomatologic, tensiunea arterială scade brusc, și este însoțită de amețală, slăbiciune, dureri de cap, pierderea echilibrului, senzație de leșin și în cele din urmă pierderea cunoștinței [13].

Bibliografie

1. Bennett JD, Rosenberg MB: *Medical emergencies in dentistry*, St Louis, 2002, WB Saunders; pag. 28-41.
2. Clyde W. Yancy, MD, MSc, FACC, FAHA, Chair; Mariell Jessup, MD, FACC, FAHA, Vice Chair; Biykem Bozkurt, MD, PhD, FACC, FAHA; et al., *2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*, *Circulation*. 2013;128:e240-e327.
3. „Coronary heart disease — causes, symptoms, prevention“. *Southern Cross Healthcare Group*. Retrieved 15 September 2013.
4. Kontos, MC; Diercks, DB; Kirk, JD (Mar 2010). „Emergency department and office-based evaluation of patients with chest pain.“. *Mayo Clinic proceedings* **85** (3): 284-99. PMID 20194155.
5. Valensi P, Lorgis L, Cottin Y; Lorgis; Cottin (March 2011). „Prevalence, incidence, predictive factors and prognosis of silent myocardial infarction: a review of the literature“. *Arch Cardiovasc Dis* **104** (3): 178-88.
6. Mendis, Shanthi; Puska, Pekka; Norrving, Bo (2011). *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control* (1st ed. ed.). Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization. pp. 3-18. ISBN 9789241564373.
7. Mandel, William J., ed. (1995). *Cardiac Arrhythmias: Their Mechanisms, Diagnosis, and Management* (3 ed.). Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-397-51185-3.
8. Mehra R. Global public health problem of sudden cardiac death. *Journal of Electrocardiology*. Nov-Dec 2007;40(6 Suppl):S118-22.
9. Pibarot, P; Dumesnil, J. G. (2009). „Prosthetic Heart Valves: Selection of the Optimal Prosthesis and Long-Term Management“. *Circulation* **119** (7): 1034-48.
10. Baumgartner JC, Plack WF 3rd., Dental treatment and management of a patient with a prosthetic heart valve. *J Am Dent Assoc*. 1982 Feb;104(2):181-4.
11. Wilson W¹, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, and all., Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007 Oct 9;116(15):1736-54. Epub 2007 Apr 19.
12. Mark A. Wood, MD; Kenneth A. Ellenbogen, MD., Cardiac Pacemakers From the Patient's Perspective, *Circulation*. **2002**; 105: **2136—2138**.
13. Sanda Mihaela Popescu, Monica Scriciu, Veronica Mercu, Mihaela Tuculina, Ionela Dascslu, Hypertensive Patients and Their Management in Dentistry, Hindawi Publishing Corporation, ISRN Hypertension Volume 2013, Article ID 410740.

Data prezentării: 03.03.2015
Recenzent: Nicolae Bajurea

ZIUA MONDIALĂ A SĂNĂTĂȚII ORALE

La 20 martie se marchează Ziua Mondială a Sănătății Orale, pentru a promova conștientizarea la nivel mondial a problemelor de sănătate orală.

Cu aceasta ocazie, Asociația Stomatologilor din Republica Moldova (ASRM, cu sprijinul World Dental Federation (FDI) au organizat o serie de acțiuni în Chișinău.

Manifestările dedicate evenimentului, au început din Parcul Central “Ștefan Cel Mare”, a fost amplasat un cort, unde medici dentiști au oferit informații privind afecțiunile orale și factorii de risc care contribuie la producerea acestora și transmiterea de recomandări populației țintă în vederea menținerii sănătății orale. Copiii li s-a arătat cum se efectuează corect periajul dinților.

Tot în această zi, într-un local din capitală a avut loc un curs educațional pentru conștientizarea importanței igienei orale pentru viitoarele mămici, susținut de Aurelia Spinei, conferențiar universitar la USMF “Nicolae Testemițanu”.



Femeilor însărcinate le-au fost puse la dispoziție mai multe detalii despre normele de igienă orală în perioada prenatală, dar și despre consecințele nefaste asupra organismului pe care le poate avea nerespectarea lor.

Evenimentul a fost organizat cu scopul informării cu privire la necesitatea îngrijirii adecvate a cavității bucale. Prin această acțiune organizatorii și-au propus să facă un apel public la ameliorarea sănătății orale prin adoptarea unor obiceiuri benefice în special în familie, dar și la nivelul comunității.

Ziua mondială a sănătății orale a fost celebrată pentru prima dată pe 12 septembrie 2008. A fost adoptată de Adunarea Generală a Federației Dentare Internaționale, pentru a marca aniversarea Conferinței Internaționale a Organizației Mondiale a Sănătății pentru Îngrijirile Primare de Sănătate de la Alma Ata, Kazakhstan, desfășurată între 6-12 septembrie 1978. Ziua a fost aleasă și în onoarea fondatorului Federației Dentare Internaționale, Charles Godon, care s-a născut pe 12 septembrie 1854. Din motive practice, legate de posibilitățile de planificare și de organizare a campaniilor, Federația Dentară Internațională a modificat data la care se sărbătorește Ziua Mondială a Sănătății Orale, aceasta devenind 20 martie.

Ziua Mondială a Sănătății Orale este organizată pentru al doilea an consecutiv la noi în țară de către Asociația Stomatologilor din Republica Moldova.



CONDIȚIILE DE STRUCTURARE A MATERIALELOR DESTINATE PUBLICĂRII ÎN EDIȚIA PERIODICĂ „MEDICINA STOMATOLOGICĂ”

Publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” este o ediție periodică cu profil științifico-didactic, în care pot fi publicate articole științifice de valoare fundamentală și aplicativă în domeniul stomatologiei ale autorilor din țară și de peste hotare, informații despre cele mai recente noutăți în știința și practica stomatologică, invenții și brevete obținute, teze susținute, studii de cazuri clinice, avize și recenzii de cărți și reviste. În publicația „MEDICINA STOMATOLOGICĂ” sunt următoarele compartimente: Teorie și experiment, Organizare și istorie, Odontologie-parodontologie. Chirurgie OMF și anestezie, Protetică dentară, Medicina Dentară pediatrică, Profilaxia OMF, Implantologie, Patologie generală, Referate și minicomunicări, Susțineri de teze, Avize și recenzii, Personalități Stomatologice.

Materialele destinate publicării, vor fi prezentate în formă tipărită și în formă electronică într-un singur exemplar. Lucrările vor fi structurate pe formatul A4, Times New Roman 12 în Microsoft Word la 1.0 intervale și cu marginile de 2.0 cm pe toate laturile. Varianta tipărită va fi vizată de autor și va fi însoțită de două recenzii (semnate de unul din membrii Colegiului de Redacție și de Redactorul-șef al publicației) completate pe o formă standard ASRM. Lucrarea prezentată va mai conține foaia de titlu cu următorul conținut: prenumele și numele complet a autorilor, titlurile profesionale și științifice, instituția de activitate, numărul de telefon, adresa electronică a autorului cu care se va corespunda, data prezentării.

Lucrările vor fi prezentate trezorerului ASRM, Oleg Solomon, dr. conf. univ., la sediul ASRM pe adresa: Mihai Viteazu 1A, et. 2, biroul 206.

Lucrările vor fi structurate după schema:

- titlul concis, reflectând conținutul lucrării;
- numele și prenumele autorului, titlurile profesionale și gradele științifice, denumirea instituției unde activează autorul;
- rezumatele: în limba română și engleză (și, opțional, rusă de autorii din Republica Moldova) până la 150-200 cuvinte finisate cu cuvinte cheie, de la 3 până la 6.
- Introducere, material și metode, rezultate, importanța practică, discuții și concluzii, bibliografia.
- Bibliografia – la 1.0 intervale, în ordinea referinței în text, arătate cu superscript, ce va corespunde cerințelor International Committee of Medical Journal Editors pentru publicațiile medico-biologice. Ex: 1. Angle, EH. Treatment of Malocclusion of the Teeth (ed. 7). Philadelphia: White Dental Manufacturing, 1907.

Dimensiunile textelor (inclusiv bibliografia) nu vor depăși 11 pagini pentru un referat general, 10 pagini pentru cercetare originală, 5 pagini pentru prezentare de caz clinic, 1 pagină pentru o recenzie, 1 pagină pentru un rezumat al unei lucrări publicate peste hotarele republicii. Publicațiile altor catedre cu profil stomatologic (ex. farmacologia) nu vor depăși 10 pagini și nu vor conține mai mult de 30 de referințe.

Tabelele — enumerate cu cifre romane. Legenda va fi dată la baza tabelului. Toate fotografiile și desenele se vor publica din sursele autorului și necesită a fi prezentate în formă electronică în format — nume.jpg.

Articolele ce nu corespund cerințelor menționate vor fi returnate autorilor pentru modificările necesare.

Numărul de la fiecare autor nu este limitat.

Redacția nu poartă răspundere pentru verificarea materialelor publicate.